

NATIONELLA HANDLINGSPROGRAMMET
FÖR MINSKNING AV HÄLSOSKILLNADER
2008–2011



Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008–2011

Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2009:7

ISBN 978-952-00-2800-8 (inh.)

ISBN 978-952-00-2801-5 (PDF)

ISSN 1236-2050 (print)

ISSN 1797-9854 (online)

URN:ISBN: 978-952-00-2801-5

[http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-00-2801-5](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2801-5)

På finska: Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16

www.stm.fi/svenska

Översättning: Käännös-Aazet Oy

Förlag: Social- och hälsovårdsministeriet, Finland

Pärmbilden: Teemu Jehkonen / Plugi

Layout: AT-julkaisutoimisto Oy

Tryckning: Universitetsstryckeriet, Helsingfors 2009

SAMMANDRAG

Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008–2011.

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader fastställer de praktiska riktlinjerna för verksamheten för att minska de socioekonomiska hälsoskillnaderna. Ett separat handlingsprogram ansågs nödvändigt eftersom hälsoskillnaderna hade visat sig vara ett svårt hälso- och samhällspolitiskt problem. Målet för hälsopolitiken i Finland har redan under ett par decennier varit att minska hälsoskillnaderna men i verkligheten har skillnaderna inte minskat, utan snarare ökat. Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader har ett nära samband med regeringens Politikprogram för hälsofrämjande.

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader förverkligar för sin del även målet för folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 som på lång sikt drar upp riktlinjerna för hälsopolitiken. Enligt detta program ska skillnaderna i dödlighet mellan yrkesgrupper och utbildningsgrupper minska med en femtedel fram till utgången av år 2015.

Beredningen av handlingsprogrammet inleddes hösten 2006 i folkhälsodelegationen på uppdrag av den socialpolitiska ministergruppen i statsminister Vanhanens första regering. Under beredningen har en bred grupp sakkunniga hörts inom olika förvaltningsområden, forskningsinstitut, universitet, kommuner, hälsoservicesystemet samt medborgar- och fackorganisationer. Sakkunniga inom Folkhälsoinstitutets samarbetsprojekt TEROKA har haft en viktig roll i planeringen och beredningen av handlingsprogrammet.

Målet för handlingsprogrammet är att minska skillnaderna mellan de socioekonomiska befolkningsgrupperna i fråga om arbets- och funktionsförmåga, självupplevd hälsa, sjukfrekvens och dödlighet. Man strävar efter att minska hälsoskillnader så att hälsotillståndet för de mest utsatta grupperna närmar sig hälsonivån hos de grupper som

uppnått en bättre hälsa. En minskning av hälsoskillnaderna inverkar positivt på hela folkhälsan, tryggar servicen när befolkningen blir äldre, höjer sysselsättningsgraden och hejdar kostnaderna.

Förändringar i hälsan på befolkningsgruppsnivå förutsätter ofta ett långt tidsintervall. För att en minskning av hälsoskillnaderna ska lyckas krävs långsiktigt arbete och samarbete mellan olika sektorer. Man måste ingripa mot sociala orsaksfaktorer och processer bakom hälsoskillnaderna. Detta program strävar efter målet att minska hälsoskillnaderna genom följande huvudlinjer:

- Genom att med samhällspolitiska åtgärder påverka fattigdom, utbildning, sysselsättning och boende
- Genom att stödja sunda levnadsvanor hos hela befolkningen och särskilt bland de befolkningsgrupper där osunda levnadsvanor är allmänt förekommande
- Genom att förbättra jämlik och adekvat tillgång till och användning av social och hälsovårdstjänster

En strävan efter dessa mål och uppnåendet av dem förutsätter tillförlitligt faktaunderlag och effektiv information och därför

- utvecklas ett uppföljningssystem för observering av hälsoskillnader
- utökas faktaunderlaget samt
- utvecklas utbildningen och informationen i fråga om hälsoskillnader och minskning av dem

Handlingsprogrammet presenterar 15 åtgärder. Dessa utgör de viktigaste åtgärderna i fråga om hälsoskillnader men anses inte ha framskridit tillräckligt på annat håll. Åtgärderna har valts så att de kan inledas redan nu och delvis även genomföras under den innevarande regeringsperioden. Programmet strävar dock efter samhälleliga effekter och flera mål sträcker sig över regeringsperioden.

Flera pågående program och projekt påverkar hälsoskillnaderna antingen direkt eller indirekt. I handlingsprogrammet har man samlat åtgärder som har effekt och som man vill förstärka genom programmet. Handlingsprogrammets uppgift är även att se till att aktörerna fäster uppmärksamhet på effekterna för olika befolkningsgrupper.

För genomförande och uppföljning av handlingsprogrammet upprättas en preciserad åtgärdsplan, ur vilken framgår även resultat- och processindikatorer som används vid uppföljning och utvärdering. Social- och hälsovårdsministeriet svarar för genomförandet av programmet samt uppföljningen och utvärderingen. Folkhälsodelegationen fungerar som styrgrupp för programmet. Forskningsinstituten inom SHM:s förvaltningsområde, Folkhälsoinstitutet (KTL), Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården (Stakes) och Arbetshälsoinstitutet (TTL), deltar i genomförandet, uppföljningen och utvärderingen. Forskningsinstitutens sakkunnighjälp kanaliseras genom samarbetsprojektet för minskning av hälsoskillnaderna (TERO-KA).

Nyckelord

Handlingsprogram, hälsa, hälsopolitik, samhällspolitik, välfärd

TIIVISTELMÄ

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa määritellään käytännön toimintalinjat sosioekonomisten terveyserojen vähentämiseksi. Erillinen toimintaohjelma katsottiin tarpeelliseksi, koska terveyserot ovat osoittautuneet vaikeaksi terveys- ja yhteiskuntapoliittiseksi ongelmaksi. Terveyserojen vähentyminen on ollut Suomen terveyspolitiikan tavoitteena jo parin vuosikymmenen ajan, mutta tavoitetta ei ole saavutettu, vaan erot ovat osittain jopa kasvaneet.

Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma kytkeytyy tiiviisti hallituksen Terveiden edistämisen politiikkaohjelmaan. Terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma toteuttaa osaltaan myös terveyspolitiikkaa pitkällä aikavälillä linjaavan Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta, jonka mukaan ammattiryhmien sekä koulutusryhmien välisten kuolleisuuserojen pitäisi pienentyä viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä.

Toimintaohjelman valmistelu aloitettiin syksyllä 2006 pääministeri Vanhasen I hallituksen sosiaalipoliittisen ministerityöryhmän toimeksiannosta kansanterveyden neuvottelukunnassa. Valmistelussa on kuultu laajaa joukkoa asiantuntijoita eri hallinnonaloilta, tutkimuslaitoksista, yliopistoista, kunnista, terveyspalvelujärjestelmästä sekä kansalais- ja ammattijärjestöistä. Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen yhteistyöhanke TEROKAn asiantuntijoilla on ollut tärkeä rooli toimintaohjelman suunnittelussa ja valmistelussa.

Toimintaohjelman tavoitteena on sosioekonomisten väestöryhmien välisten erojen väheneminen työ- ja toimintakyvyssä, koetussa terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Terveyseroja pyritään vähentämään siten, että terveydeltään huonommassa asemassa olevien terveydentila lähentyy paremman terveyden saavuttaneiden ryhmien

terveyden tasoa. Terveyserojen väheneminen vaikuttaa myönteisesti koko kansanterveyteen, palveluitten turvaamiseen väestön ikääntyessä, työllisyysasteen nostamiseen sekä kustannusten hillintään.

Väestöryhmätasolla tapahtuvat terveyden muutokset edellyttävät usein pitkäköö aikaväliä. Terveyserojen kaventaminen vaatii onnistuakseen pitkäjänteistä työtä ja eri sektoreiden välistä yhteistyötä. On puututtava terveyserojen taustalla oleviin sosiaalisiin syytekijöihin ja prosesseihin. Tässä ohjelmassa terveyserojen vähentymistavoitteeseen pyritään seuraavien päälinjojen kautta:

- Vaikuttamalla yhteiskuntapoliittisilla toimilla köyhyyteen, koulutukseen, työllisyyteen ja asumiseen
- Tukemalla terveellisiä elintapoja koko väestössä ja erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa epäterveelliset elintavat ovat yleisiä
- Parantamalla sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista ja tarpeenmukaista saatavuutta ja käyttöä

Näihin tavoitteisiin pyrkiminen ja tavoitteiden saavuttamisen seuranta edellyttävät luotettavaa tietopohjaa ja tehokasta tiedonvälitystä, joita varten

- kehitetään terveyserojen seurantajärjestelmää
- vahvistetaan tietopohjaa
- kehitetään koulutusta ja viestintää koskien terveyseroja ja niiden kaventamista

Toimintaohjelmassa on esitetty 15 toimenpidettä. Nämä edustavat terveyserojen kannalta keskeisimpiä toimia, joiden ei ole katsottu etenevän riittävän vahvasti muualla. Toimenpiteet on valittu siten, että ne voidaan aloittaa ja osin myös toteuttaa kuluvan hallituskauden aikana. Ohjelma tavoittelee kuitenkin pitemmän aikavälin yhteiskunnallisia vaikutuksia ja monet tavoitteet ulottuvat hallituskauden ohi.

Terveyseroihin vaikutetaan monissa meneillään olevissa ohjelmissa ja hankkeissa joko suoraan tai välillisesti. Toimintaohjelmaan on koottu näistä sellaisia toimenpiteitä, joita halutaan tämän ohjelman myötävaikutuksella vahvistaa. Toimintaohjelman tehtävänä on myös huolehtia siitä, että asianomaisilla toimijatahoilla kiinnitetään huomiota eri väestöryhmiin kohdistuviin vaikutuksiin.

Toimintaohjelman toimeenpanoa ja seurantaan varten tehdään tarkennettu toimeenpanosuunnitelma, josta käyvät ilmi myös seurannassa ja arvioinnissa käytettävät tulos- ja prosessiosoitteet. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa ohjelman toimeenpanosta sekä sen seurannasta ja arvioinnista. Kansanterveyden neuvottelukunta toimii ohjelman ohjausryhmänä. STM:n hallinnonalan tutkimuslaitokset KTL, Stakes ja TTL osallistuvat toimeenpanoon, seurantaan ja arviointiin. Tutkimuslaitosten asiantuntijatuki kanavoidaan laitosten Terveysrojen kaventamisen yhteistyöhanke TEROKAn kautta.

Asiasanat

Hyvinvointi, terveys, terveyspolitiikka, toimintaohjelmat, yhteiskuntapolitiikka

SUMMARY

National Action Plan to Reduce Health Inequalities 2008–2011.

The National Action Plan to Reduce Health Inequalities outlines proposals for strategic policy definitions and the most important measures to reduce socioeconomic health inequalities in Finland. A separate action plan was deemed necessary since inequalities persist despite the efforts undertaken through health and social policy. Narrowing health gaps has been the objective of Finnish health policy since the 1980s. This objective has not been achieved, however, and the inequalities have partly even grown.

The National Action Plan to Reduce Health Inequalities is closely linked with the Government's Health Promotion Policy Programme. The Action Plan will also for its part implement the aim of the "Health 2015" public health programme to reduce mortality differences by a fifth by 2015.

The preparation of the Action Plan began in autumn 2006 at the multisectoral Advisory Board for Public Health (within the Ministry of Social Affairs and Health) on assignment from the ministerial group for social policy issues of Prime Minister Vanhanen's first Government. Throughout the preparation, a vast number of experts from several administrative sectors, research institutes, universities, local governments and the health service system as well as NGOs and professional organisations have been consulted. Members of the TEROKA project, which is being carried out together by the National Public Health Institute, the National Research and Development Centre for Welfare and Health and the Finnish Institute of Occupational Health, have had an important role in planning and preparing the Action Plan.

The objective of the Action Plan is to reduce social inequalities in work ability and functional capacity, self-rated health, morbidity and

mortality by levelling up. Narrowing of the inequalities will have a positive effect on public health and help to secure the services as the population ages, raise the employment rate and restrain the costs.

Changes in the health of entire population groups often take a long period of time to materialise. Persistent, multisectoral work is needed to reduce health inequalities. Social determinants of health and the processes behind the inequalities must be addressed. To pursue the objective of reduction in health inequalities, the Action Plan mainly operates in the following three priority areas:

- Social policy measures: improving income security and education, and decreasing unemployment and poor housing
- Strengthening the prerequisites for healthy lifestyles: measures to promote healthy behaviour of the whole population with special attention to disadvantaged groups where unhealthy behaviour is common
- Improving the availability and good quality of social and health care services for everyone

To pursue these goals and monitor the attainment of them, reliable knowledge base and effective communication are needed. For this purpose,

- a follow-up system for health inequalities is developed
- knowledge about the scope of and trends in health inequalities is strengthened
- education and communication concerning health inequalities and their reduction is advanced.

Fifteen new actions are proposed in the Action Plan. These represent the most essential actions to bridge the health inequalities that have not been addressed sufficiently elsewhere. The proposals have been chosen so that they can be launched and partly realised during the current Government's four-year period in office. However, a long-term perspective for structural changes is emphasised and many of the aims extend beyond the present Government term.

Many ongoing programmes and projects address health inequalities either directly or indirectly. Some proposals given in other pro-

grammes are included in the Action Plan in order to further emphasise them. The role of the Action Plan is also to ensure that the involved actors take account of the impacts their actions have on different population groups.

A detailed implementation plan including result and process indicators to be used in monitoring and assessment of the Action Plan will be prepared. The Ministry of Social Affairs and Health is responsible for the implementation and its monitoring and assessment. The Advisory Board for Public Health acts as a steering group for the Action Plan. Research institutes operating under the Ministry of Social Affairs and Health participate in the implementation, monitoring and assessment of the Action Plan. The institutes' expertise will be channelled through the project for reducing socioeconomic inequalities in health, known as TEROKA.

Key words

Action programmes, health, health policy, social policy, wellbeing

INNEHÅLL

FÖRORD	15
1 UTGÅNGSPUNKTER FÖR PROGRAMMET	17
1.1 Allmänna mål och riktlinjer för handlingsprogrammet	17
1.2 Handlingsprogrammets samband med andra program	19
1.3 Socioekonomiska hälsoskillnader och ojämlikhet i hälsa	22
1.4 Nuläge och utvecklingstrender i fråga om hälsoskillnader	23
1.5 Argument för att minska hälsoskillnader	25
1.6 Orsakerna till hälsoskillnader och möjligheterna att påverka genom politik	26
1.7 Allmänna principer i handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnaderna	28
2 RIKTLINJER OCH ÅTGÄRDER	31
2.1 Allmänna samhällspolitiska åtgärder i syfte att minska hälsoskillnader och förebygga marginalisering	31
2.1.1 Minskad fattigdom	32
2.1.2 Bättre möjligheter för grundskolan att förebygga och minska hälsoskillnader	33
2.1.3 Främjad hälsa och välfärd hos unga i yrkesinriktad utbildning på andra stadiet	35
2.1.4 Tryggade stödtjänster för unga vid övergångarna mellan avslutad utbildning och inträde i arbetslivet	37
2.1.5 Sysselsättning av långtidsarbetslösa samt personer med invalidpension och rehabiliteringsstöd	39
2.1.6 Hälsofrämjandet införlivas till en del av arbetsplatskulturen	40
2.1.7 Minskad bostadslöshet	41
2.2 Påverkan av levnadsvanorna genom politik	42
2.2.1 Minskade alkoholskador	42
2.2.2 Minskad rökning	44
2.2.3 Främjande av hälsosamma matvanor och motion	45
2.3 Utveckling av social- och hälsovårdstjänsterna	47
2.3.1 Socialarbetet, primärvården och samarbetet mellan dem utvecklas	48

2.3.2	Dagvården och rådgivningsbyråerna ges bättre möjligheter att förebygga ojämlikheter i hälsa som en del av sin nätverksbildning	50
2.3.3	Utveckling av rätttidig och behovsenlig rehabilitering för personer i arbetsför ålder	53
2.3.4	Hälsotjänster som stärker arbetsförmågan tryggas för långtidsarbetslösa och andra personer i arbetsför ålder som inte har tillgång till företagshälsovård	56
2.3.5	Utveckling och stärkning av mentalvårdsarbetet	56
2.3.6	Jämlika tjänster för äldre tryggas	57
2.3.7	Utveckling och förbättring av tjänsterna för invandrare	58
2.4	Utvecklande av system för uppföljning av hälsoskillnaderna .	59
2.5	Stärkning av dataunderlag och kommunikation	61
3	AKTÖRER, IMPLEMENTERING OCH UPPFÖLJNING	63
3.1	Viktigaste aktörerna vid minskning av hälsoskillnader	63
3.1.1	Statsförvaltningen	63
3.1.2	Kommuner och samkommuner	65
3.1.3	Frivilliga organisationer och kyrkans diakoniarbete	68
3.1.4	Arbetsmarknadsparter och näringslivet	70
3.2	Implementering, uppföljning och utvärdering av programmet	71
3.3	Verkställighetsplan	73

FÖRORD

Ett av de hälsopolitiska målen i Finland har länge varit att minska ojämlikheter i hälsa, men målet har visat sig vara svårt att uppnå. I föreliggande handlingsprogram för minskning av hälsoskillnader anges för första gången inte bara riktlinjer utan också en praktisk policy att efterföljas på olika planerings- och verkställighetsnivåer som ska leda till att de socioekonomiska hälsoskillnaderna minskar.

Beredningen av handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader inleddes hösten 2006 i social- och hälsovårdsministeriets folkhälsodelegation på uppdrag av den socialpolitiska ministergruppen i statsminister Vanhanens första regering. Delegationen är tillsatt av statsrådet och innehåller representanter för ett flertal förvaltningsområden, kommunerna, hälsovårdssystemet, medborgar- och fackorganisationer samt forskningen inom hälsoområdet. Ordförande för delegationen är kanslichef Kari Välimäki. Beredningen har styrts av folkhälsodelegationens sektion för nationellt samarbete. Ordförande för sektionen är direktör Tapani Melkas.

Beredningen av handlingsprogrammet baserade sig i det första skedet på sju målområden som i ett PM till socialpolitiska ministergruppen hade presenterats som grund för handlingsprogrammet. Följande ansvarspersoner och sakkunniga sekreterare utsågs för målområdena (i parentes i denna ordning):

- 1) Stärkning av temat Hälsa i all politik (HiAP) och integreringen av det med hälsoskillnadsperspektivet (Tapani Melkas SHM, Timo Ståhl Stakes)
- 2) Stärkning av arbetet för minskade hälsoskillnader i kommunerna (Kerttu Perttilä Stakes, Tuulia Rotko Stakes)
- 3) Alkohol- och tobakspolitiken (Erkki Vartiainen Folkhälsoinstitutet, Eila Linnanmäki SHM/Folkhälsoinstitutet)

- 4) Arbetet för större jämlikhet inom servicesystemet (Juha Teperi SHM/Stakes, Hannele Palosuo Stakes)
- 5) Minskning av hälsoskillnader samt förebyggande av marginalisering hos barn och unga (Marjaana Pelkonen SHM, Tuija Martelin Folkhälsoinstitutet)
- 6) Minskning av hälsoskillnader hos befolkningen i arbetsför ålder (Hilkka Riihimäki Arbetshälsoinstitutet, Simo Virtanen Arbetshälsoinstitutet)
- 7) Utveckling av uppföljningssystemen vad gäller hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper (Seppo Koskinen Folkhälsoinstitutet, Eila Linnanmäki SHM/Folkhälsoinstitutet)

Sakkunniga inom Folkhälsoinstitutets, Stakes och Arbetshälsoinstitutets samarbetsprojekt TEROKA (Minskning av socioekonomiska hälsoskillnader) har deltagit i planeringen och beredningen av handlingsprogrammet. Eila Linnanmäki var tjänstledig från projektet ett år och arbetade på social- och hälsovårdsministeriet med att sammanställa programmet. Utöver de ovannämnda har ett stort antal sakkunniga anlitats från olika förvaltningsområden, forskningsinstitut, universitet, kommuner, servicesystemet för hälso- och sjukvården samt medborgar- och fackorganisationer.

1 UTGÅNGSPUNKTER FÖR PROGRAMMET

1.1 Allmänna mål och riktlinjer för handlingsprogrammet

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader verkställer för sin del målen i statsminister Vanhanens andra regeringsprogram om att främja hälsan samt arbets- och funktionsförmågan och att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper. Handlingsprogrammet har ett nära samband med regeringens Politikprogram för hälsofrämjande. Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader är också länkat till många andra program och projekt som pågår inom olika sektorer.

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader stöder verkställigheten av folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 (Statsrådets principbeslut 2001). Folkhälsoprogrammet drar upp linjerna för hälsopolitiken i Finland i ett längre perspektiv, och de viktigaste målen är att öka antalet friska och verksamma år och att minska hälsoskillnaderna mellan olika befolkningsgrupper. Programmet förutsätter satsningar på samtliga mål som gäller hälsofrämjande och bättre hälsotjänster så att resultatet blir minskad ojämlikhet och bättre välfärd samt bättre relativ ställning för de minst gynnade befolkningsgrupperna. Folkhälsoprogrammet ställer också för första gången ett kvantitativt mål enligt vilket skillnaderna i dödlighet mellan olika yrkesgrupper och grupper med olika utbildning ska minska med en femtedel fram till år 2015. Enligt de senaste forskningsresultaten har dessa skillnader emellertid inte minskat, utan snarare ökat.

Handlingsprogrammet ställer som mål att skillnaderna mellan de socioekonomiska grupperna minskar i fråga om arbets- och funktionsförmåga, självupplevd hälsa samt sjuklighet och dödlighet. Hälsoskillnaderna ska även minska i det avseendet att de minst gynnade befolkningsgruppernas hälsotillstånd närmar sig den hälsonivå som uppnåtts av grupper i bättre ställning.

När man försöker påverka hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper bör hänsyn tas till att förändringarna i hälsotillståndet hos en befolkningsgrupp ofta utvecklas under en rätt lång tid. En minskning av skillnaderna förutsätter långsiktigt arbete och samarbete mellan olika sektorer och förvaltningsområden. Det gäller att påverka de orsaksfaktorer och processer som ligger bakom hälsoskillnaderna. I detta program eftersträvas en minskning av hälsoskillnaderna enligt följande huvudlinjer:

- Genom att med samhällspolitiska åtgärder påverka fattigdom, utbildning, sysselsättning, arbetsförhållanden och boende
- Genom att rent allmänt stödja sunda levnadsvanor, i synnerhet bland de befolkningsgrupper där osunda levnadsvanor är allmänt förekommande
- Genom att förbättra en jämlik och behovsbaserad tillgång till och användning av social- och hälsovårdstjänsterna

En strävan efter dessa mål och uppnåendet av dem förutsätter ett tillförlitligt faktaunderlag och effektiv information och därför

- utvecklas uppföljningssystemet för observering av hälsoskillnader
- utökas faktaunderlaget samt
- utvecklas utbildningen och informationen i fråga om hälsoskillnader och minskning av dem

Arbetet med föreliggande program innefattade en genomgång av det stora antalet aktörer som i någon form medverkar till att minska hälsoskillnaderna. Hälsoskillnader påverkas antingen direkt eller indirekt i ett flertal pågående eller tilltänkta program och projekt. Handlingsprogrammet tar upp sådana åtgärder som kommer att stärkas med hjälp av detta program. Handlingsprogrammet ska också se till att olika instanser fäster uppmärksamhet vid vilka hälsokonsekvenser deras åtgärder har på olika befolkningsgrupper.

Handlingsprogrammet presenterar 15 egentliga egna åtgärder. De har en avgörande betydelse för hälsoskillnaderna men anses inte ha framskridit tillräckligt på annat håll. En del åtgärder går ut på att stärka aktiviteter som redan är i gång. Ett flertal åtgärder förutsätter tilläggsutredningar och/eller -resurser men en del kan genomföras ge-

nom omfördelning av befintliga resurser. Åtgärderna har valts så att de kan inledas inom nuvarande regeringsperiod. Genom programmet eftersträvas samhällseffekter på längre sikt, och särskilt de mål som förutsätter strukturella ändringar sträcker sig över regeringsperioden. Handlingsprogrammet kommer att uppdateras år 2011.

Bakgrunden och motiveringarna till målen och åtgärderna i Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader presenteras i åtta promemorior (bilagorna 3–10, endast på finska). Promemoriorna innehåller även andra åtgärdsförslag än de som anges i programmet.

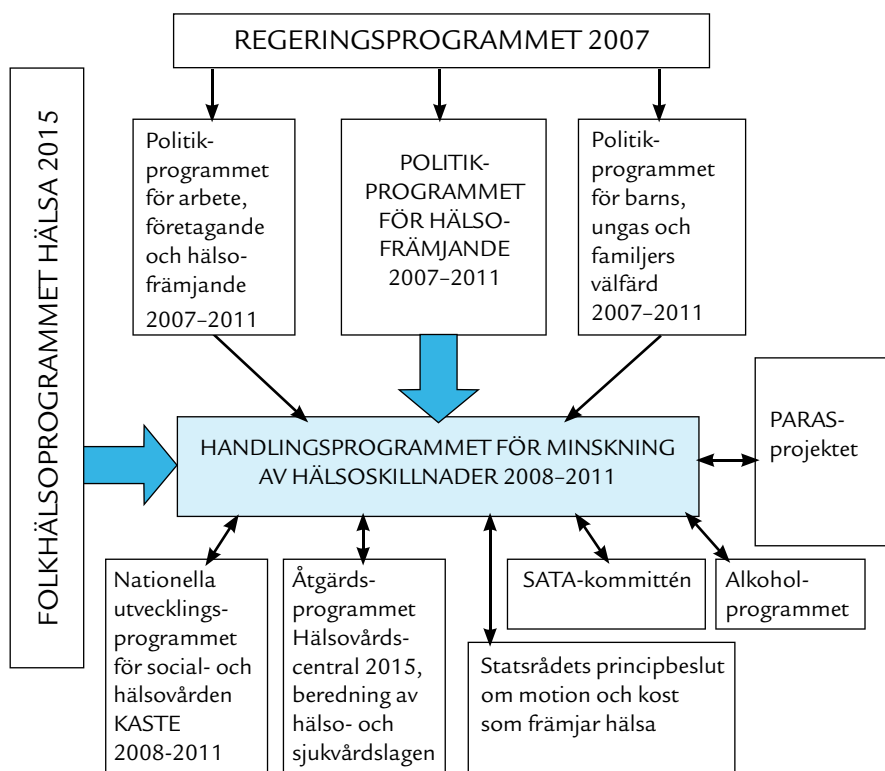
1.2 Handlingsprogrammets samband med andra program

Programmet har ett samband med ett flertal pågående program och projekt. De viktigaste har samlats i figur 1.

Statsminister Vanhanens andra regering har tre tväradministrativa politikprogram: politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv, politikprogrammet för hälsofrämjande och politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd. Politikprogrammen samlar ihop åtgärder från olika förvaltningsområden och aktörer för att uppnå mål som regeringen har prioriterat.

Målet för **Politikprogrammet för hälsofrämjande** är bättre folkhälsa och minskade hälsoskillnader. Politikprogrammet syftar till att stärka friskvårdsstrukturerna, åstadkomma ändringar i levnadsvanorna för att förebygga folksjukdomar, utveckla arbets- och levnadsförhållanden som främjar en sund livsföring, stärka basservicen inom social- och hälsovården och utveckla nya arbetsformer för hälsofrämjande samt stärka organisationernas verksamhet och roll, i synnerhet i form av stöd för delaktighet och social gemenskap.

Figur 1. Sambandet mellan minskning av hälsoskillnader och andra projekt och program.



Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd fokuseras på förebyggande arbete och tidigt ingripande. Målet är att bygga upp ett barnvänligt Finland där barn, unga och familjer får stöd i sin vardag, marginaliseringen minskar, de ungas delaktighet ökar och deras röst blir hörd och där informationen om barnets rättigheter sprids. **Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv** syftar bland annat till att öka tillgången på arbetskraft och minska andelen av unga som blir utan yrkesinriktad utbildning, minska problemen med att utbud och efterfrågan inte möts på arbetsmarknaden och förbättra arbetsförhållandena och arbetshälsan.

Regeringen startade våren 2007 en omfattande **totalreform av den sociala tryggheten (SATA-kommittén)** vars mål är att sporra till arbete,

minska fattigdom och garantera en tillräcklig grundtrygghet under alla skeden av livet. Kommittén ska slutföra sitt arbete före utgången av år 2009.

Statsrådet startade år 2005 en **kommun- och servicestruktureform (PARAS-projektet)**. Målet är att trygga alla invånare tillgång till de välfärdstjänster som ligger på kommunernas ansvar. Målet uppnås genom en stärkning av kommunstrukturen och finansieringen, bättre samarbete mellan kommunerna och ett säkerställande av att servicenätverket täcker hela landet. Därtill behövs nya verksamhetsformer. Lagstiftningen om kommun- och servicestrukturen trädde i kraft 23.2.2007.

Det **nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården (KASTE)** anger social- och hälsovårdens utvecklingsmål för de närmaste åren framöver samt de viktigaste åtgärderna för måluppfyllelsen. Utvecklingsprogrammet ger en helhetsbild av den styrning som under program-perioden riktas till kommunerna och lyfter fram de viktigaste åtgärderna som under åren 2008–2011 kommer att få ökade arbetsinsatser och utvecklingsanslag från Stakes, Folkhälsoinstitutet, Arbetshälsoinstitutet och länsstyrelserna. Målet för social- och hälsovårdsministeriets **åtgärdsprogram Hälsovårdscentral 2015** är att hälsovårdscentralerna år 2015 är kvalitetsenheter för bastjänster för hela befolkningen med en koordinerande roll i att främja välfärden och en nyckelroll när det gäller hantering av hälso- och sjukvårdens servicekedjor. Social- och hälsovårdsministeriet tillsatte en arbetsgrupp att före slutet av maj 2008 bereda ett förslag till en ny **hälso- och sjukvårdslag**. Syftet med den nya lagen är att stödja och stärka primärvården och främja både tillgången på hälsotjänster och en effektiv produktion och utveckling av dem. Lagen syftar till att sänka tröskeln mellan primärvården och den specialiserade sjukvården. Ett av de viktigaste målen för arbetsgruppen är att minska hälsoskillnaderna både mellan befolkningsgrupper och mellan regioner.

På social- och hälsovårdsministeriet är också ett principbeslut under beredning, **Statsrådets principbeslut om motion och kost som främjar hälsa**. Beredningen sker i samarbete med delegationen för hälsofrämjande motion som lyder under social- och hälsovårdsministeriet samt

Statens näringsdelegation som lyder under jord- och skogsbruksministeriet. Ett viktigt mål för principbeslutet är att minska de socioekonomiska skillnaderna när det gäller motion och kost.

I många andra länder som Storbritannien, Sverige och Norge har man aktivt tagit fram åtgärder och program för att minska hälsoskillnaderna. Erfarenheter från dessa länder visar att en minskning av hälsoskillnaderna förutsätter betydande satsningar på målmedveten utveckling av och experimentering med olika åtgärder.

1.3 Socioekonomiska hälsoskillnader och ojämlikhet i hälsa

Med socioekonomiska hälsoskillnader avses systematiska skillnader mellan olika befolkningsgrupper när det gäller hälsotillstånd, sjuklighet (sjukdomsprevalens) och dödlighet. Som indikatorer för socioekonomisk ställning används vanligtvis utbildning, socialklass enligt yrkestillhörighet, ställning på arbetsmarknaden samt inkomster och förmögenhet. Indikatorerna har ett starkt inbördes samband, men var och en av dem har också sin egen koppling till hälsa. De socioekonomiska hälsoskillnaderna går delvis parallellt med andra hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper, framför allt skillnader när det gäller kön och civilstånd samt regionalt och etniskt ursprung.

Med ojämlikhet i hälsa avses en orättvis fördelning av hälsan. Det gäller hälsoskillnader som tydligt påverkas av samhällsfaktorer och vars uppkomst inte endast kan anses vara ett resultat av människans egna val eller oundgängliga biologiskt betingade orsaker. Med ojämlikhet i hälsa avses vanligen de socioekonomiska hälsoskillnaderna.

Hälsan är en av de viktigaste dimensionerna och medverkande faktorerna i vårt välbefinnande. Andra faktorer som är utbildning, sysselsättning, boendeförhållanden, bostadsmiljö, familjeförhållanden, sociala relationer samt ekonomiska och politiska resurser. Brister i livskvaliteten, som svag hälsa, kan kumuleras i vissa befolkningsgrupper. Kumulationen av negativa bestämningsfaktorer leder i sin tur till en djupare fördelning av samhället.

Befolkningsundersökningar visar mycket konsekvent att hälsotill-

ståndet förbättras gradvis i takt med högre social ställning. Fenomenet kallas för den sociala gradienten.

1.4 Nuläge och utvecklingstrender i fråga om hälsoskillnader

Finländarnas genomsnittliga hälsa har i många avseenden blivit bättre under de senaste decennierna, men de socioekonomiska hälsoskillnaderna har i huvudsak förblivit oförändrade eller till och med ökat.¹ Skillnaderna är mycket tydliga när det gäller förväntad livslängd. En 35-årig finsk manlig högre tjänsteman (funktionär i ledande ställning) kan förväntas leva sex år längre än en manlig arbetare i samma ålder. Hos kvinnor är motsvarande skillnad i förväntad livslängd drygt tre år. Skillnaderna enligt utbildningsnivå är lika stora och har vuxit betydligt under de två senaste decennierna.

Klara skillnader förekommer även i sjukligheten. Kronisk sjuklighet är cirka 50 procent vanligare i de lägsta utbildnings- och socialgrupperna än i de högsta grupperna. De socioekonomiska skillnaderna är också stora när det gäller funktionsförmåga, arbetsförmåga och självupplevd hälsa. Allvarliga psykiska störningar är vanligare i de lägsta socioekonomiska grupperna.

Eftersom de som är i en lägre samhällsställning i genomsnitt dör yngre och eftersom de flesta sjukdomar och funktionsstörningar är vanligare bland dem är skillnaderna mellan de socioekonomiska grupperna när det gäller antal friska år i livet ännu klart större än de ovan anförda skillnaderna i den totala livslängden. I beräkningar som gällde 1990-talet hade högskoleutbildade 25-åriga män och kvinnor i genomsnitt 13 friska levnadsår mer än grundskoleutbildade.

I dagens samhälle har levnadsvanor stor betydelse för befolkningens hälsa. Tydliga skillnader enligt socioekonomisk ställning förekommer även i levnadsvanorna, i synnerhet bland befolkningen i arbetsför ålder. Skillnaderna är tydliga redan i unga åldersgrupper vilket för sin

¹ Forskningsresultat om storleken av och ändringar i hälsoskillnaderna i Finland under de senaste 25 åren har samlats i rapporten Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, mm. (red.) *Terveiden eriarvoisuus Suomessa* (Ojämlig hälsa i Finland). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:23. Endast på finska.

del förutspår en tillspetsning av hälsoskillnaderna i framtiden. Hög alkoholförbrukning och rökning orsakar enligt bedömningar till och med hälften av de socioekonomiska skillnaderna i dödlighet hos män i arbetsför ålder. På det hela taget har alkoholförbrukningen stigit drastiskt och är förhållandevis stor i alla socioekonomiska grupper. Storkonsumtion och alkoholdrickande i berusningssyfte är emellertid vanligare i de lägre socialgrupperna, vilket resulterat i att alkoholbe-
tingade hälsoskador är mångdubbelt vanligare i de lägsta än i de högsta socioekonomiska grupperna.

Växande socioekonomiska skillnader kan också ses i rökvanorna hos befolkningen i arbetsför ålder. För barn är det anmärkningsvärt att blivande föräldrar med kortare utbildning röker mer än andra under graviditeten. De som studerar på yrkeshögskolor röker och dricker sig berusade mycket oftare än gymnasieelever i samma ålder.

Matvanorna i Finland har under de senaste decennierna genomgått en positiv förändring: användningen av grönsaker, rotsaker och frukt har ökat samtidigt som intaget av mjölkfetter har minskat. De som har en socioekonomiskt högre ställning äter oftare än andra enligt kostrekommendationerna. De socioekonomiska skillnaderna i övervikt börjar eventuellt redan i babyåldern. Mammor med lägre utbildning ammar sina barn en kortare tid än andra och börjar ge sina bebisar fastare föda tidigare än vad som rekommenderas.

Det är känt att det förekommer variationer i barns och ungas idrottsintressen beroende på familjens socioekonomiska situation. Skolframgång och utbildningsnivå verkar ha ett samband med de ungas idrottsintressen så att de som har sämre skolframgång och söker sig till korta utbildningar har mindre idrottsintressen än de som väljer en lång utbildning. Motion och idrott bland män i arbetsför ålder har kontinuerligt varit vanligare i de högsta socioekonomiska grupperna. Även de biologiska riskfaktorerna för dödliga folksjukdomar som högt blodtryck, hög kolesterol och övervikt har kontinuerligt visat höga socioekonomiska skillnader.

Socioekonomiska skillnader förekommer också i bruket av hälso- och sjukvårdstjänster som inte motsvarar bedömningen av vårdbehovet utan återspeglar en ojämlik fördelning av tjänster och vård. Det

förekommer skillnader också i sjukhusvården av allvarliga sjukdomar: till exempel by-pass-operationer av koronarkärl samt inoperationer av konstgjorda leder görs oftare på storinkomsttagare än låginkomsttagare med hänsyn till det verkliga behovet.

1.5 Argument för att minska hälsoskillnader

Det finns flera argument för satsningarna på att minska hälsoskillnaderna och dessa är antingen etiska och sociala eller folkhälsorelaterade och ekonomiska:

1) *Hälsoskillnader är inte etiskt försvarbara*

Ett välfärdssamhälle som arbetar för jämlikhet mellan medborgare och befolkningsgrupper kan inte anse hälsoskillnader vara rättvisa om de kan förebyggas.

2) *Svag hälsa ökar risken för social marginalisering*

En minskning av hälsoskillnaderna så att de sämre lottade får bättre hälsa kan öka samhällets sociala kohesion. Det är också fråga om att trygga de mänskliga rättigheterna, vilket ses som en viktig sak i de nordiska välfärdssamhällena.

3) *Effektivaste sättet att förbättra folkhälsan är att satsa på hälsan hos de mest utsatta grupperna*

Med tanke på hela befolkningen kan det noteras att de flesta folkhälsoproblemen i vårt land gäller lågutbildade grupper: till exempel bland diabetiker och dagligrökare har över hälften endast grundskoleutbildning och endast 10 % har högskoleutbildning.

4) *Minskade hälsoskillnader bidrar till att garantera tillräckliga tjänster*

I och med att befolkningen åldras ökar behovet av hjälp och omsorg enligt bedömningar med 40 procent från år 2000 till 2015 och med 80 procent till år 2030. Om funktionsförmågan förbättras särskilt hos lågutbildade äldre minskar vårdbehovet i framtiden. Till exempel skulle förekomsten av gångsvårigheter minska till mindre än hälften av nuvarande om dessa problem i de lågutbildade grupperna skulle minska till samma nivå som bland högutbildade.

5) Positiva kostnadseffekter av minskade hälsoskillnader

Det faktum att en stor del av befolkningen ligger långt ifrån den hälsonivå som i princip är möjlig att uppnå orsakar betydliga kostnader och inkomstbortfall både för den statliga och kommunala ekonomin och även för hushållen.

6) Minskade hälsoskillnader skapar förutsättningar för en högre sysselsättning

Med hänsyn till arbetskraftsförsörjningen och höjningen av pensionsåldern är det ändamålsenligt att särskilt satsa på arbetsförmågan hos dem som har arbetaryrken och grundskoleutbildning samt att främja deras möjligheter att stanna kvar i arbetslivet. Av 30–64-åringar med självupplevd nedsatt arbetsförmåga har cirka hälften högst grundskoleutbildning.

1.6 Orsakerna till hälsoskillnader och möjligheterna att påverka genom politik

Hälsoskillnaderna uppstår genom en samtidig påverkan av ett flertal faktorer. Orsakerna till skillnader mellan befolkningsgrupper ligger i den ojämlika fördelningen av materiella, sociala, kunskapsmässiga och kulturella resurser i samhället. Orsakerna till hälsoskillnader sammanhänger därmed med samhällets strukturer (till exempel inkomstfördelningen och utbildningssystemet) samt med arbets- och boendeförhållandena. Hälsoskadliga arbets- och boendeförhållanden och osunda levnadsvanor fungerar alla som förmedlande länkar i en kedja som leder till svag hälsa till följd av låg socioekonomisk ställning. Dessutom styrs människors beteende på olika sätt av traditioner, värderingar, attityder och sociala nätverk.

Även hälso- och sjukvården kan bidra till ökade hälsoskillnader mellan befolkningsgrupper. Olika undersökningar har visat att höginkomsttagare genomgår mer kirurgiska ingrepp och hälsokontroller och får mer stöd- och omsorgstjänster i hemmet samt mer psykoterapi än andra med hänsyn till deras behov och att de också har fler läkarbesök än andra. Dessa skillnader beror åtminstone delvis på servicestrukturen. På det hela taget kan betydelsen av olika bestämningsfaktorer

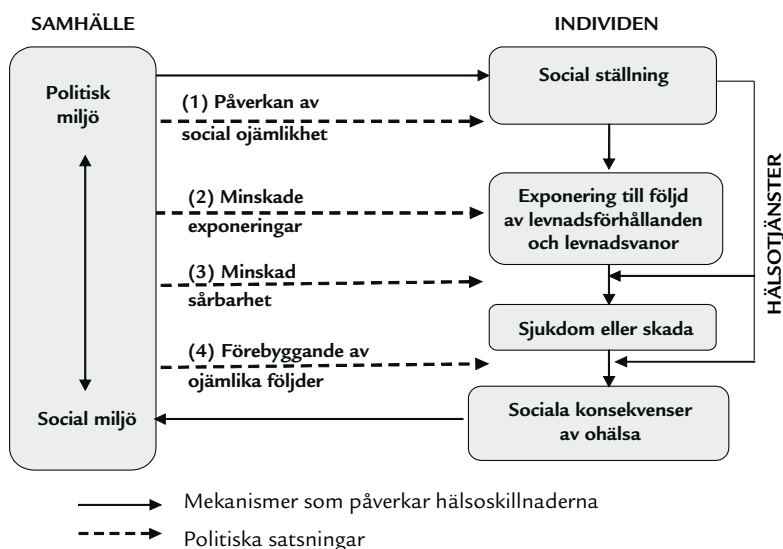
variera under olika tider i olika länder och bero till exempel på vilket delområde av hälso- och sjukvården eller vilken befolkningsgrupp som betraktas.

De grundläggande orsakerna till socioekonomiska hälsoskillnader ligger i barndomen eftersom en del av barnen måste växa upp under levnadsförhållanden och i miljöer som försämrar deras hälsa. Hälsokadliga faktorer kumuleras ofta hos människor som har sämre social ställning, lägre utbildning och mindre inkomster. Dessa faktorer går också ofta i ”arv” till följande generationer. På motsvarande sätt kumuleras faktorer som stärker hälsan till väl lottade grupper.

Hälsoskillnaderna mellan socialgrupper regleras inte av naturlagar, utan är en konsekvens av människors handlande och politiska beslut. På motsvarande sätt kan de också minskas genom samhällspolitiska beslut och åtgärder. Figur 2 visar en modell av mekanismer och politisk påverkan som har betydelse för hälsoskillnaderna. Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader syftar till att påverka orsaker och orsakskedjor på olika politiska nivåer.

Genom samhällspolitiska medel kan man först och främst påverka välfärdens socioekonomiska resurser, t.ex. utbildning, utkomst och sysselsättning (fokuseringsområde 1 i figuren nedan). Dessa faktorer bestämmer människornas ställning i sociala hierarkier. För det andra kan man förbättra arbets-, boende- och levnadsförhållandena samt levnadsvanorna (pil 2) för de mest utsatta grupperna. För det tredje kan åtgärder inriktas på att stödja individer som befinner sig i en sårbar ställning, tona ner effekterna av olika risker och förebygga sjukdomar. (pil 3). För det fjärde repareras skador som redan inträffat och på det sättet kan man hindra effekterna av dålig hälsa att påverka människors utkomst och levnadsförhållanden (pil 4).

Figur 2. Referensram för faktorer bakom hälsoskillnaderna och möjligheter att påverka dem.



Källa: Diderichsen F, Evans T och Whitehead M. 2001. The Social Basis of Disparities in Health. I boken Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A ja Wirth M (red.). Challenging Inequities in Health. The Rockefeller Foundation, Oxford University Press.

Hälsoproblem av genetiskt eller biologiskt ursprung medräknas inte i de socioekonomiska hälsoskillnaderna. Ändå kan även dessa faktorerers olika konsekvenser påverkas genom en jämlik fördelning av hälsotjänster och rehabilitering.

I den politiska miljön måste man dessutom ta hänsyn till att politiska och ekonomiska beslut med konsekvenser på hälsan fattas på nationell, regional och kommunal nivå, men i allt större utsträckning även på EU-nivå och i ett globalt sammanhang.

1.7 Allmänna principer i handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader

Folkhälsan bestäms till stor del av faktorer som ligger utanför hälso- och sjukvården, t.ex. arbetsförhållanden, levnadsvanor, livsmiljö och produktkvalitet. Staten och kommunerna påverkar genom alla sina förvaltningsgrenar människornas förutsättningar för god hälsa. Även

privata företag och olika intresseorganisationer har genom sin verksamhet stora möjligheter att påverka hälsan och förutsättningarna för god hälsa. Lokala beslut som fattas av olika förvaltningsgrenar och aktörer och som påverkar det dagliga livet hemma, på daghem, läroanstalter, arbetsplatser, i olika tjänster och i trafiken kan antingen främja eller skada hälsan. Effekterna kan vara olika för olika befolkningsgrupper.

Hälsa i all politik (Health in All Policies, HiAP) är en viktig strategisk approach som syftar till att få olika politikområden med att förbättra befolkningens hälsa och välfärd. WHO har länge arbetat med att utveckla en hälsoinriktad samhällspolitik och olika tvärsektoriella metoder att främja hälsa. Under sitt EU-ordförandeskap år 2006 lyfte Finland upp Hälsa i all politik till ett prioriterat tema inom hälsopolitiken. Insikten av en horisontell hälsopolitik på bred bas har stärkts inom EU och principen för Hälsa i all politik ingår numera i EU:s hälsostrategi.

Förhållningssättet Hälsa i all politik innehåller en stor potential också för minskning av hälsoskillnader. Skillnaderna minskar endast genom ett långsiktigt och likriktat arbete av många aktörer samtidigt. I allt beslutsfattande, såväl på nationell nivå som på kommunal och regional nivå, bör man beakta vilka hälsoeffekter beslutsfattandet har och hurudana verkningar besluten har på olika socioekonomiska grupper. Hälsosektorn ska med sin sakkunskap stödja andra förvaltningsgrenar i att inrikta sin verksamhet så att den främjar hälsan och minskar hälsoskillnaderna.

Hälsosektorn är inte den enda sektorn som behöver samarbete med andra förvaltningsområden. Alla förvaltningsområden blir alltmer beroende av varandra i sitt beslutsfattande och i sin vilja att driva igenom egna mål. Därför är det viktigt att satsa på ett bättre samarbete mellan de olika förvaltningsgrenarna samt mellan organisationer och andra aktörer.

Även inom det internationella samarbetet och EU-politiken bör man föra fram de traditionella värderingarna och målen för nordisk välfärdspolitik som starkt förespråkar jämställdhet.

En politik som minskar hälsoskillnader förutsätter på många håll ett slags dubbla strategier. Handlingsprogrammet sammanfattar den

bärande idén i hälsopolitiska program om att eftersträva både en god hälsolivå och en jämn fördelning av hälsan bland befolkningen.

Handlingsprogrammet inriktas både på de mest vanlottade grupperna och på de mest folkrika medelgrupperna. Dels är målet att sätta i gång åtgärder som förbättrar hälsan framför allt i de mest utsatta grupperna, som långtidsarbetslösa. Dels är målet att förbättra hälsan i alla socioekonomiska grupper och komma så nära som möjligt den nivå som de mest gynnade grupperna redan har nått. Det är då fråga om att förbättra hälsan hos lågutbildade, arbetare och lågavlönade grupper för att komma närmare den nivå som välutbildade, ledande tjänstemän och höginkomsttagare redan har nått.

Programmet syftar också till att man genomgående fäster vikt vid vissa specialgrupper, till exempel invandrare, familjer med missbruksproblem eller psykiska svårigheter, ensamföräldrar, unga som hamnat utanför utbildning, män som avbrutit sin militär- eller civiltjänstgöring eller som inte deltagit i någondera av dem, rehabiliteringspatienter inom mentalvården, äldre som lever ensamma, bostadslösa och frigivna fångar. Grupperna är mycket heterogena, och alla som hör till dem är inte nödvändigtvis socialt utsatta. Hos en del människor kumuleras hälsoskadliga faktorer och man kan då tala om sårbara grupper.

Universella tjänster som finns tillgängliga för alla och som är till nytta för alla bildar den nödvändiga grunden i arbetet för minskning av hälsoskillnader. De löser dock inte problemen för de mest utsatta grupperna. Därför måste de universella tjänsterna kompletteras med åtgärder som inriktas på de mest sårbara grupperna.

2 RIKTLINJER OCH ÅTGÄRDER

De åtgärder som ingår i handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader grundar sig på expertsamtal som förts i folkhälsodelegationen och dess sektioner samt på de synpunkter som framförts av sakkunniggrupper som inbjudits att delta i beredningen. Åtgärderna har en avgörande betydelse för hälsoskillnaderna och kan påbörjas under innevarande regeringsperiod och de har inte ansetts framskrida tillräckligt på annat håll.

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader innehåller dessutom en samling åtgärder ur andra program och projekt som direkt påverkar hälsoskillnaderna eller de faktorer som ligger bakom dem. Det föreliggande programmet avser att stärka dessa åtgärder.

2.1 Allmänna samhällspolitiska åtgärder i syfte att minska hälsoskillnader och förebygga marginalisering

Faktorer som kan anses ha en betydande effekt på hälsa och välfärd är tillräcklig utkomst, bostad och möjligheter till arbete eller annan meningsfull sysselsättning. Även förtroende för samhället och tillit till andra människor samt en känsla av trygghet är viktiga bidragande faktorer till god hälsa. Om dessa grundelement saknas kan det vara omöjligt att förbättra hälsan eller ens att bevara den.

Marginalisering kan definieras som en process av utsatthet där problemen på olika livsområden kumuleras och komplicerar varandra. Marginaliseringen har olika dimensioner: utslagning från utbildning, arbete, sociala relationer och möjligheter till inflytande i samhället. Marginaliseringsprocessen sammanhänger ofta även med levnadsvanor som är skadliga för hälsan. Problemen kan gå i arv från en generation till en annan.

2.1.1 Minskad fattigdom

Fattigdomsfällan kan ha flera orsaker. Undersökningar har visat att framför allt långtidsarbetslöshet har ett allt tydligare samband med fattigdom. Andra enskilda orsaker eller orsakskomplex bakom är låga löne- eller pensionsinkomster, ensamvårdnad, höga boendekostnader samt höga vård-, läkemedels-, hjälpmedels- och sjukkostnader till följd av sjukdom eller handikapp. Fattigdom kan också vara ett resultat av korttidsanställningar med upprepade perioder av arbetslöshet samt en relativt låg nivå av arbetsmarknadsstöd och sistahandsstöd, som utkomststöd och bostadsbidrag.

Svaga ekonomiska och sociala uppväxtförhållanden ökar marginaliseringsrisken och påverkar starkt hälsan i vuxenåldern. Fattigdom och social utsatthet går ofta i arv från en generation till en annan. Barndomshemmets fattigdom fördubblar enligt undersökningar fattigdomsriskerna i vuxenåldern. Andelen barn i familjer som lever under den relativa fattigdomsgränsen (graden av s.k. barnfattigdom) har ökat från och med 1990-talet. År 2005 var barnfattigdomen cirka 12 procent mot 5 procent år 1995. I synnerhet ensamföräldrar, småbarnsföräldrar och familjer med många barn befinner sig i ett sämre läge än andra barnfamiljer. En fjärdedel av ensamföräldersfamiljerna fick utkomststöd år 2005.

En sakkunniggrupp på bred bas publicerade hösten 2007 sin utredning ”Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehto” (Problem i grundskyddet och alternativ till reformer).² Enligt gruppen bör man höja nivån på de **grundläggande förmånerna** som folkpension, grunddagpenning inom utkomstskyddet för arbetslösa och arbetsmarknadsstöd, föräldraförmåner på miniminivå, sjukdagpenning, barnbidrag och studiebidrag. Därtill bör dessa förmåner vara indexbundna för att de ska kunna hållas på en rimlig nivå.

Ett väl genomtänkt socialskyddssystem förebygger och ingriper mot marginalisering. Den sociala tryggheten ska utgå från klienternas behov, vara flexibelt och reagera snabbt på människors verkliga

² Särkelä R, Eronen A (red.): Perusturvan pulmat ja uudistamisen vaihtoehto. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. 2007. Endast på finska.

situationer och behov. Totalreformen av den sociala tryggheten (SATA) som ingår i regeringsprogrammet medför en utvärdering av **beskattningen, grundskyddet** (inklusive bostadsbidraget) samt en reform av **utkomstskyddet för arbetslösa**. Stödtagarnas ställning förbättras genom att **systemet förenklas och förtydligas**. Reformen genomförs så att finansieringen av den sociala tryggheten på lång sikt vilar på en hållbar grund. I samband med reformen av den sociala tryggheten utreds även **beskattningen för sociala förmåner och klientavgifterna**. Regeringsbeslut som gäller **socialförsäkringslagstiftningen** och den **inkomstbaserade tryggheten** inom arbetslivet bereds i samarbete med arbetsmarknadsparterna.

Enligt undervisningsministeriets Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogram bör särskild vikt fästas vid **inkomstutvecklingen för barnfamiljer** med låga inkomster och vid att bevara den nuvarande nivån av **familjepolitiska inkomstöverföringar**. Även Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd innehåller målet om att minska barnfamiljernas fattigdom och därmed främja den inbördes jämlikheten bland barn. För detta ändamål följer politikprogrammet upp det arbete som utförs av kommittén för totalreformen av den sociala tryggheten och dess förslag. Därtill utvärderar politikprogrammet tillgängligheten av alternativa **boendelösningar** till ett rimligt pris för alla befolkningsgrupper och enligt en regional jämlikhet.

FPA svarar för en del sociala förmåner som är avsedda att med hjälp av inkomstöverföringar och olika tjänster minska sociala skillnader och därigenom även ojämlikhet i hälsa. Det finns dock ingen bedömning av i vilken mån olika förmåner faktiskt bidrar till en minskning av hälsoskillnaderna. En bedömning av situationen är särskilt aktuell nu när hela den sociala tryggheten genomgår en reform. FPA bereder en utvärdering med hänsyn till hälsoskillnaderna av de sociala förmåner FPA svarar för.

2.1.2 Bättre möjligheter för grundskolan att förebygga och minska hälsoskillnader

Det allmänna ska svara för den grundlagsenliga förpliktelsen enligt vilken lika möjligheter ska säkerställas för var och en att oavsett medel-

löshet enligt sin förmåga och sina särskilda behov få även annan än grundläggande utbildning samt utveckla sig själv. Grundskolan har goda möjligheter att ingripa i utvecklingsfaktorer som leder till hälsoskillnader och som härstammar från elevernas hemförhållanden, inlärningssvårigheter eller andra orsaker.

Enligt undervisningsministeriets utvecklingsplan Utbildning och forskning 2007–2012 ska utexamineringsgraden förbättras på alla utbildningsnivåer och avbrytandet av studierna minskas. **Studiehandledningen, samarbetet mellan hem och skola** samt **skolhälsovården** ska utvecklas. Verksamheten kring **Flexibel grundläggande utbildning (JOPO)** samt den **handledande och förberedande utbildningen för yrkesinriktad utbildning på andra stadiet** etableras.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder en förordning som bland annat fastställer innehållet i **hälsokontrollerna och hälsorådgivningen inom skolhälsovården**. Syftet med förordningen är att förbättra identifieringen av individuella servicebehov, remitteringen till ökat stöd och andra inriktade åtgärder och fortsatt vård samt att utnyttja multiprofessionell sakkunskap. Även Politikprogrammet för hälsofrämjande fäster vikt vid en utveckling av skolhälsovården.

I Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogrammet föreslås att alla elever i årskurs 1 och 2 ska ha möjlighet att få plats i **morgon- och eftermiddagsverksamhet** oavsett familjens betalningsförmåga och att barn i mindre bemedlade familjer ska ha möjlighet att delta i **fritidsverksamhet** som ordnas av kommunen. Enligt utvecklingsprogrammet ska en paragraf fogas till ungdomslagen (72/2006) om **kommunala multiprofessionella samarbetsgrupper**. Samarbetsgruppen skulle bestå av representanter för social- och hälsoväsendet, ungdomsväsendet, skolväsendet och polisen och ha till uppgift att främja barns och ungas gynnsamma uppväxtförhållanden. Samarbetsgruppen arbetar på heltid och i samråd med församlingar och organisationer. Skolornas roll som en aktör i kommunernas samarbetsgrupper stärks via elevvårdsgrupperna. Samarbetsgrupperna behandlas i detta program även i kapitel 2.1.4.

Undervisningsministeriet startade år 2006 ett flerårigt åtgärdsprogram för att förbättra skolhälsan, förebygga marginalisering och ut-

veckla skolan till en gemenskap som främjar barns och ungas välfärd. Särskilda tyngdpunkter för utvecklingen har varit

- förebyggande av och tidigt ingripande i problem (kamratmedling, LukiMat)
- bekämpning av mobbning (KiVa)
- aktivering av elever som inte genomgår grundskolan eller projektet Flexibel grundläggande utbildning JOPO
- utveckling av servicestrukturen inom elevvården
- ökad delaktighet för elever
- ökad morgon- och eftermiddagsverksamhet för skolelever

Undervisningsministeriets program Bättre grundläggande utbildning har som mål att statens specialbidrag för utveckling av den grundläggande utbildningens kvalitet inriktas på undervisning och stödåtgärder för elever som är i behov av särskilt stöd samt på utveckling av elevhandledningen. Tyngdpunkten för undervisningen av elever som är i behov av särskilt stöd flyttas över till förebyggande stöd och tidigt ingripande. Elevhandledningen i grundskolan och särskilt yrkesvägledningen effektiveras särskilt vid olika etappmål under utbildningen. Målet är också att minska gruppstorleken och främja klubbverksamheten och samarbetet mellan hem och skola.

Enligt Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd görs en grundlig utredning av vilka tjänster som finns till buds för barn och unga samt tillgängligheten av dem.

Delegationen för barns och ungas hälsa och välfärd följer upp ändringar i hälsa och välfärd hos barn, unga och barnfamiljer samt deltar i att styra utvecklingsarbetet.

2.1.3 Främjad hälsa och välfärd hos unga i yrkesinriktad utbildning på andra stadiet

Cirka 10 procent av dem som inleder yrkesinriktad utbildning avbryter sina studier. Studerande vid yrkesinriktade läroanstalter på andra stadiet har i medeltal sämre hälsa och uppvisar i högre grad riskbeteende och symptom än gymnasieelever i samma ålder. Elevvården och elevhälsovården är märkbart sämre än för andra studerande. Om de

utvecklingstrender som är skadliga för hälsan och välfärden inte målmedvetet avbryts kommer hälsoskillnaderna mellan yrkesgrupper och utbildningsgrupper att bestå eller möjligen växa.

I undervisningsministeriets utvecklingsplan Utbildning och forskning konstateras att andelen elever som fullföljer sin utbildning måste öka. För att förebygga avbrott i studierna **utvecklas studiehandledningen, informationen och rådgivningen om utbildning, elevantagningen, studiestödet, individuell anpassning av studierna och uppföljningssystemen för studier samt hälsovården under studietiden**. Även Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv har som mål att minska avbrytandet av studierna och säkerställa tillgången på arbetskraft.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder en förordning som bland annat fastställer det exakta innehållet i hälsovården för studerande (se även kapitel 2.1.2. utvecklande av skolhälsovården). Även Politikprogrammet för hälsofrämjande fäster vikt vid en utveckling av hälsovården för studerande.

Inom yrkesutbildningen utvecklar undervisningsministeriet tillsammans med Utbildningsstyrelsen systemet med s.k. tykypass, ett **intyg över arbets- och funktionsförmåga** som är avsett att uppmuntra den studerande att satsa på sin kondition och arbetsförmåga. Målet med passet är att höja de studerandes kunskaper, färdigheter och motivation att på eget initiativ satsa på sitt välbefinnande redan under studietiden och säkerställa en lyckad övergång till arbetslivet och god arbetshälsa. Ett annat mål är att aktivera dem som ordnar utbildningen att arrangera fritidsverksamhet och aktivera studerandena till att bidra till en sund inlärningsmiljö. Det första experimentet inleds hösten 2008.

Delegationen för barns och ungas hälsa och välfärd som är underställd social- och hälsovårdsministeriet följer upp ändringar i hälsa och välfärd hos barn, unga och barnfamiljer samt deltar i att styra utvecklingsarbetet.

Programåtgärd

1. I samarbete med olika aktörer ser kommunerna till att hälsovården för studerande vid yrkesinriktade läroanstalter på andra stadiet når den nivå som förutsätts av nationella anvisningar. Utbildningsarrangörerna utvecklar elevvården vid läroanstalterna samt undervisningen i hälsokunskap. Folkhälsoinstitutet och Stakes tar fram och sprider kunskap om god praxis inom hälsofrämjande till läroanstalternas förfogande.

2.1.4 Tryggade stödtjänster för unga vid övergångarna mellan avslutad utbildning och inträde i arbetslivet

De strukturella förändringarna i arbetslivet har medfört högre krav på utbildning, vilket i sin tur ökar risken för dem som hamnat utanför utbildning på andra stadiet att hamna utanför arbetslivet. På det sättet ökar risken för utsatthet även på andra livsområden under hela det vuxna livet. Även avbruten eller utebliven militär- eller civiltjänstgöring kan ha ett samband med problem på olika livsområden. Genom att garantera fullgjord utbildning och därefter sysselsättning kan marginalisering förebyggas och hälsoskillnader minskas.

Satsningar på att underlätta vägval mellan olika etapper i utbildningen görs förutom vid läroanstalterna även inom arbetskraftsförvaltningen, socialväsendet, ungdomsverkstäder och ungdomsväsendet. Målgrupper är unga som avslutat grundskolan men som inte fått plats i utbildning på andra stadiet, unga som avbrutit sin utbildning på andra stadiet samt unga som är arbetslösa eller av annan orsak klienter inom arbetskraftsförvaltningen. I praktiken innebär arbetet till exempel höjning av vitsord i slutbetyget från grundskolans årskurs 9, yrkesvägledning och övningar i sociala färdigheter.

I samband med Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv, inriktas mer effektiva åtgärder på sysselsättning av ungdomar.

I Barn- och ungdomspolitiska politikprogrammet föreslås bl.a. följande åtgärder för främjande av de ungas utbildning och sysselsättning:

- Bestämmelser fogas till ungdomslagen (72/2006) om kommunala multiprofessionella samarbetsgrupper. Kommunen ska ha en samarbetsgrupp med företrädare från Arbetskraftsbyrån, social- och hälsoväsendet och skolväsendet med uppgift att följa upp hur unga får plats inom fortsatt utbildning och i arbetslivet.
- Varje person som inte fyllt 25 år och varken har arbete eller studieplats garanteras möjlighet att få hjälp med att utarbeta en individuell framtidsplan och stöd i att genomföra den.
- Antal och bakgrundsfakta av unga som hamnat utanför både utbildning och arbetsliv ska kontinuerligt uppföljas.
- Arbetsförvaltningens handledningstjänster för unga ska bibehållas minst på nuvarande nivå.
- Lågtröskelverksamhet för handledning av unga inom ramen för ungdomsväsendet bör tillhandahållas i större omfattning än hittills.
- Ungdomsverkstäder startas efter behov på områden där sådana inte finns.

Samhällsgarantin för unga gäller enligt definitionen i lagen om offentlig Arbetskraftsservice arbetslösa arbetssökande under 25 år. Enligt samhällsgarantin ska varje arbetslös under 25-årig person erbjudas utbildning, arbetspraktik, plats på ungdomsverkstad eller anställning inom tre månader från det att arbetslösheten började. Arbetskraftsbyrån svarar lokalt för verkställandet av samhällsgarantin.

Undervisningsstyrelsens projekt **Ungas delaktighet** som pågick åren 2003–2007 skapade nya verksamhetsmodeller för övergångarna mellan olika stadier i studierna. På projektets webbplats publicerades en samling verktyg med 37 exempel på god praxis som tagits fram i de lokala projekten.

För unga män som blivit utanför både militär- och civiltjänstgöring utvecklades verksamhetsmodellen **”Time out! Livet på rätt spår”**, som har gett lovande resultat. I Politikprogrammen för hälsofrämjande samt för barns, ungas och familjers välfärd uppmuntras en utvidgning och etablering av modellen i hela landet.

Delegationen för barns och ungas hälsa och välfärd som är underställd social- och hälsovårdsministeriet följer upp ändringar i hälsa och

välfärd hos barn, unga och barnfamiljer samt deltar i att styra utvecklingsarbetet.

2.1.5 Sysselsättning av långtidsarbetslösa samt personer med invalidpension och rehabiliteringsstöd

Större deltagande i arbetslivet är ett viktigt ekonomiskt och mänskligt mål i samhället. En ökning till exempel i det totala antalet invalidpensioner belastar försörjningskvoten och hotar att permanent slå ut många från arbetsmarknaden. Alltför få har möjlighet att återgå till arbetslivet efter en lång period av arbetsoförmåga och rehabilitering.

Enligt Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv ska lösningar för att få svårsysselsatta personer i förvärvsarbete på den öppna arbetsmarknaden sökas bland annat genom arbetskraftspolitiska åtgärder genom att utveckla fungerande s.k. **övergångsarbetsmarknader** och genom att höja den **sociala trygghetens arbetssporrande effekt**. Sociala företag, arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte, arbetsverkstäder för vuxna, arbetsplatser med låg tröskel samt rehabilitering och hälsotjänster för arbetslösa är prioriterade områden när övergångsarbetsmarknaderna utvecklas inom de närmaste åren. Den sociala trygghetens förmåga att sporra till arbete behandlas också i SATA-kommittén som bereder totalreformen av den sociala tryggheten.

Arbets- och näringsministeriet har en central roll i att utveckla övergångsarbetsmarknaden för att sysselsätta personer med nedsatt arbetsförmåga. Arbetsministern tillsatte år 2007 en utredare att kartlägga förutsättningarna för sysselsättning av personer som har rehabiliteringsstöd eller invalidpension samt deras möjligheter att återgå till arbetslivet. Utredningsarbetet "Työtä haluaville uusia mahdollisuuksia työhön" (Nya sysselsättningsmöjligheter för arbetsvilliga) färdigställdes i mars 2008. Enligt utredningspersonens bedömning skulle 30 000 personer med invalidpension vilja återvända till arbetslivet. Utredningspersonen föreslår bland annat följande åtgärder:

- personer med nedsatt arbetsförmåga och invalidpension som vill arbeta bör ha tillgång till alla tjänster på arbetskraftsbyråerna samt till stödåtgärder för sysselsättning

- lönesubvention beviljas för sysselsättning av invalidpensionerade
- långvarig lönesubvention beviljas för dem som övergår från invalidpension till anställning på sociala företag
- arbetsgivare får stöd för rekrytering av invalidpensionerade
- en allmän inkomstgräns på 700 euro per månad fastställs för invalidpensioner och ett system med pensionsgaranti skapas för de pensioner som utbetalas enligt lagen om arbetspension
- mer uppmärksamhet fästs och finansieringsmöjligheter utvecklas för bättre företagshälsovård och arbetshälsa på sociala företag

Svårssysselsatta personer är ofta klienter både hos arbetskraftsförvaltningen och social- och hälsovården. Åtgärder som genomförs i samband med KASTE-programmet presenteras i kapitel 2.3.3.

2.1.6 Hälsofrämjandet införlivas till en del av arbetsplatskulturen

Arbetsplatserna är en viktig arena när det gäller att främja hälsan hos befolkningen i arbetsför ålder. Åtgärder som syftar till att främja hälsan och välbefindandet bör stärkas i synnerhet inom yrkesområden med flera belastande faktorer. Sådana är till exempel byggnadsbranschen, städbranschen, hotell- och restaurangbranschen och transportbranschen. Ofta är också hälsoskadliga levnadssätt vanligare hos arbetare i dessa branscher.

Arbetsplatserna har goda möjligheter att tillsammans med företagshälsovården främja de anställdas hälsa och arbetsförmåga. Arbetshälsan kan förbättras genom fungerande arbetsgemenskap och organisationer samt bättre säkerhet i arbete och arbetsmiljö, genom främjande av arbetstagarnas professionella kunnande, stöd för deras psykiska resurser och påverkan av deras levnadsvanor.

I samband med Politikprogrammet för hälsofrämjande genomförs ett gemensamt utvecklingsprojekt som gäller **kriterier för en hälsofrämjande arbetsplats, ett forum för arbetshälsa**, samt produktifiering av god praxis som uppstår inom ramen för programmen för utveckling av arbetslivet och arbetshälsan samt spridning av denna praxis till arbetsplatserna. Även med tanke på förlängda arbetskarriärer är

det viktigt att minimera hälsobetingade avbrott i arbetet, vilket också betonas i Politikprogrammet för arbete, företagande och arbetsliv.

Programåtgärd:

2. Arbetshälsoinstitutet utvecklar i samarbete med ett flertal andra aktörer hälsofrämjande verksamhet i de branscher och yrkesområden där faktorer som belastar hälsan kumuleras och där hälso-skadliga levnadsvanor allmänt förekommer.

2.1.7 Minskad bostadslöshet

Bostadslösheten har visat sig vara ett svårlöst samhällsproblem. När det gäller hemlösa är det speciellt svårt att hitta bostäder för rehabiliteringsklienter inom mentalvården eller missbrukarvården, klienter med s.k. dubbeldiagnoser eller multidiagnoser samt återfallsförbrytare med ett flertal fängelsedomar. De sistnämnda har definierats som Finlands fattigaste, mest utsatta och sjukaste del av befolkningen. Antalet dessa människor är inte stort men eftersom det gäller en svårt utsatt grupp med en pågående marginaliseringsprocess som gäller flera livsområden är det befogat att erbjuda dem stödboende eller någon form av serviceboende som tar hänsyn till deras speciella behov. Olika undersökningar har också visat att en förändring är möjlig för dessa människor om de får tillräckligt med stöd.

Statsrådet har 14.2.2008 fattat ett principbeslut om ett bostadspolitiskt åtgärdsprogram. Det bostadspolitiska programmet omfattar bostadspolitiska frågor och utvecklingsåtgärder som gäller hela landet.

Genom ett separat program för minskning av långtidsbostadslösheten skapas förutsättningar att erbjuda bostäder till dem som länge varit hemlösa. I programmet föreslås bland annat följande åtgärder:

- Ökat bostadsbyggande i tillväxtcentra och särskilt inom Helsingforsregionen samt tryggt utbud av hyresbostäder i tillväxtcentra
- Bättre bostadssituation för specialgrupper, t.ex. hemlösa, personer med psykiska problem, handikappade och äldre som är dåligt skick.

2.2 Påverkan av levnadsvanorna genom politik

Av de politikområden som påverkar levnadsvanorna behandlas här alkohol-, tobaks-, kost- och idrottspolitikerna eftersom de enligt forskningskunskap utgör de viktigaste politikområdena som påverkar både socioekonomiska och könsspecifika skillnader i sjuklighet och dödlighet. Överkonsumtion av alkohol och rökning har konstaterats förklara till och med hälften av skillnaden i förväntad livslängd mellan manliga arbetare och män i ledande tjänstemannaställning. För att minska de socioekonomiska skillnaderna i fråga om övervikt bör kost- och motionsvanor påverkas. Motion har också betydelse för minskning av skillnader i funktionsförmåga och mental hälsa.

2.2.1 Minskade alkoholskador

Alkoholkonsumtionen påverkas i hög grad av den allmänna alkoholkulturen och närmiljön. Undersökningar visar att storkonsumenter ändrar sina dryckesvanor i samma riktning som den övriga befolkningen. Därför måste man fortsätta med de åtgärder som syftar till att minska totalkonsumtionen bland hela befolkningen. Exempel på sådana åtgärder är höjning av konsumentpriserna och begränsningar i tillgången på alkohol. Prishöjning och begränsad tillgång är också de mest effektiva sätten att påverka ungas alkoholbruk. Det vore skäl att också i lagen om accis på alkohol och alkoholdrycker framhålla betydelsen av alkoholskatten som ett sätt att minska hälsoskadorna på samma sätt som i lagen om tobaksaccis. Politikprogrammet för hälsofrämjande tar upp behovet av att förnya **alkoholbeskattningen**. Från början av år 2008 genomfördes en accishöjning på 15 % för starka alkoholdrycker och 10 % för vin och öl. Därtill har man beslutat att genomföra en ny förhöjning under innevarande regeringsperiod. Målet för KASTE-programmet som godkändes av statsrådet 31.1.2008 är att totalkonsumtionen av alkoholdrycker minskar före år 2011 till 2003 års nivå (9,4 liter alkohol per invånare) vilket motsvarar en minskning på cirka 10 procent från 2006 års nivå (10,3 liter).

Vid sidan av ovannämnda åtgärder som riktas till hela befolkningen är det viktigt att hjälpa storkonsumenter och andra specialgrupper

att minska sin konsumtion till en nivå som inte orsakar skador. Olika trösklar till missbrukartjänster, till exempel tidsbeställningar och förbud mot att söka vård i berusat tillstånd, försvårar vården av dem som är svårt marginaliserade. Anslagen i kommunerna som reserverats för missbrukarvård har ofta tagit slut mitt i året vilket lett till att det blivit svårare att få institutionell vård för dem som upprepade gånger försökt anlita slutna vårdformer.

Den förebyggande missbrukarvården har på många sätt ett samband med det övriga arbetet i syfte att skapa verksamhets- och livsmiljöer som främjar hälsa och välfärd. Förebyggande missbrukarvård bedrivs av social- och hälsoväsendet men också inom ett flertal andra områden, t.ex. undervisnings-, ungdoms- och fritidssektorn. Olika organisationer och näringslivet har också en viktig roll. Missbrukarvården i sin helhet – förebyggande arbete, vård och rehabilitering av missbrukare – förutsätter planering och koordinering av tillgängliga resurser.

Politikprogrammet för hälsofrämjande stöder en effektiverad användning av **riskbedömning** och **mini-interventioner** inom primärvården och företagshälsovården samt en spridning av dem även till den specialiserade vården och socialtjänsterna. Stakes bör stödja nätverksbildningen av lärare inom missbrukarvården med hjälp av ett utvecklingsprojekt för **utbildning i missbrukarvård** och medverka till en bättre utbildning av lärare vid olika undervisningsanstalter i förebyggande missbrukarvård. Centralen för hälsofrämjande genomför motsvarande utvecklingsprojekt för aktörer inom olika organisationer. Enligt Politikprogrammet för hälsofrämjandet ska social- och hälsovårdsministeriet bereda ett förslag till ett täckande vårdsystem, inklusive behovsidentifiering och organisering av vården, för gravida kvinnor med alkohol- och drogproblem. Man bör också ingripa i alkohol- och drogproblem hos blivande pappor. Enligt Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd garanteras stödtjänster för barn och unga särskilt när våld, psykiska problem eller missbruk förekommer i familjen. Även i Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogrammet föreslås att samarbetet mellan barnskyddet, missbrukarvården och mentalvårdstjänsterna utvecklas så att man på ett bättre sätt kan

beakta behovet av skydd och rehabilitering för barn till föräldrar som anlitar vuxentjänster och hjälpa barn och unga med missbruksproblem och psykiska problem.

Programmet för den inre säkerheten fäster uppmärksamhet vid alkohol- och drogrelaterade olycksfall som en riskfaktor för säkerheten. I de boendearternas alternativ som erbjuds missbrukare ska olycksfallsrisken beaktas, liksom också vägledning i säkert boende.

Programåtgärd:

3. Alkoholaccisen höjs så att konsumtionen sjunker till samma nivå som år 2003 eller under den. Höjningsbehovet bedöms årligen.
4. Kommunerna införlivar den förebyggande missbrukarvården till en del av sina strukturer för främjande av hälsa och välfärd och sammanjämkar sina missbrukartjänster med de övriga social- och hälsotjänsterna.

2.2.2 Minskad rökning

Rökning är numera starkt polariserad enligt utbildningsnivå. Av alla rökare hör endast cirka tio procent till den högst utbildade befolkningsgruppen. Rökare har kunskap om de hälsoskador som rökning orsakar och någon betydlig minskning av rökningen kan inte längre uppnås genom traditionell upplysning. Man bör stödja rökfrihet i dagliga livsmiljöer, t.ex. i studiemiljöer (se kapitel 2.1.3.), fritidssammanhang och små arbetsplatser (se kapitel 2.1.6.) Föräldrarnas rökning bör tas upp på rådgivningscentraler för mödra- och barnavård redan under graviditeten. Samtidigt bör priserna på tobaksprodukter höjas genom beskattning, tillgången till dem begränsas och rökavvänjning uppmuntras.

Social- och hälsovårdsministeriet har berett ett förslag till ändring av tobakslagen för behandling i riksdagen under vårsessionen 2008. Enligt lagförslaget ska bestämmelser utfärdas om att **minutförsäljningen** av tobaksprodukter ska kräva tillstånd och **tillsynen över försäljningen** ska avgiftsbeläggas. Social- och hälsovårdsministeriet har

tillsatt en tobaksarbetsgrupp som 8.5.2008 har lämnat sin mellanrapport om förslaget till höjning av tobaksaccisen. Arbetsgruppen föreslår att tobaksaccisen höjs gradvis i början av år 2009 och 2010. Arbetsgruppen bereder ett förslag till **höjning av tobaksaccisen** samt strukturella ändringar och olika åtgärder för att förebygga hotet om **olaglig handel** som prisförhöjningarna skulle orsaka. Befriandet av resandeimporten i de nya medlemsstaterna inom EU hotar att skapa ett system med två priser, där försäljningen av den tobak som beskattas i Finland minskar samtidigt som inköpet av tobak från grannländerna mångdubblas. Om resandeimporten av tobak inte begränsas genom tobakslagen kommer också den olagliga handeln och förmedlingen av tobak till minderåriga att öka.

I enlighet med Politikprogrammet för hälsofrämjande ska **rökavvänjning** införlivas till en del av vården för varje patient vars sjukdom helt eller delvis har orsakats av tobaksprodukter. Vid rådgivningen utnyttjas även den expertis som apoteken har att erbjuda. **Gångse vårdrekommendationen** om rökavvänjning tas i allmänt bruk och används effektivt särskilt för gravida kvinnor och småbarnsfamiljer.

Programåtgärd:

5. Tobaksaccisen höjs gradvis så att rökning avsevärt minskar. Följande höjningar genomförs i början av år 2009 och 2010. Samtidigt genomförs lagstiftningsåtgärder i syfte att begränsa resandeimporten och den gråa handeln. Beslut fattas om ersättning av avvänjningsläkemedel från sjukförsäkringen.

2.2.3 Främjande av hälsosamma matvanor och motion

Målet med hälsosamma matvanor och ökad motion uppnås bäst genom bättre tillgång till hälsosam mat och större möjligheter till vardagsmotion i den dagliga levnadsmiljön. Sådana, fritt valbara och allmänt lämpliga men samtidigt sannolikt effektiva påverkningssätt är bland annat stöd för bespisningen på daghem, i skolor och läroanstalter och på arbetsplatser, kost- och motionsråd på rådgivningsbyrå-

erna för mödra- och barnavård, integrering av motion i den normala verksamheten på daghem, i skolor och läroanstalter, på arbetsplatser och i fritidssysselsättningar samt stöd för gång, cykling och kollektiv trafik.

I **Statsrådets principbeslut om hälsofrämjande motion och kost** främjas motion och hälsosam kost genom att 1) påverka livsmiljö, omständigheter och strukturer, 2) säkerställa att alla medborgare har tillräckligt med information och kunskaper för en livsstil som främjar hälsan samt 3) sporra och stödja individer att välja hälsofrämjande alternativ. Till principbeslutet fogas en åtgärdsplan där projekt som stöder målen samlas. Projekten inriktar sig på att främja motion och hälsosam kost för olika ålders- och befolkningsgrupper, utveckling av vardagsmiljön och motionsplatser, bättre hänsyn till motion och hälsosam kost på olika nivåer av beslutsfattandet samt utveckling av utbildningen, forskningen och uppföljningen som gäller motion och kost. I all verksamhet eftersträvas större hänsyn till dem som befinner sig i en svagare socioekonomisk position.

I politikprogrammet för hälsofrämjande föreslås att en **uppföljnings- och utvecklingsgrupp för massbespisning** tillsätts. På **rådgivningscentraler för mödra- och barnavård** ska uppmärksamhet fästas vid föräldrarnas övervikt samt deras motions- och matvanor redan under graviditeten samt effektiv individuell rådgivning och handledning erbjudas för praktisk verksamhet (till exempel motion med familjen, undervisning i matlagning) i samarbete med lokala organisationer. Därtill ska särskilt lågutbildade mödrar ges stöd och uppmuntran till amning enligt de nationella rekommendationerna.

Politikprogrammet för hälsofrämjande innefattar utredning av **avgiftsfria eller förmånliga motionsmöjligheter för äldre**. Politikprogrammet stöder även startandet av en projekthelhet i samarbete mellan idrotts- och andra organisationer och kommuner där målgrupperna är överviktiga barn och unga och deras föräldrar samt familjer, barn och unga i svag socioekonomisk ställning. Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd främjar gemensamma projekt som gäller **motionsinriktad eftermiddagsverksamhet som koordineras av kommunerna**.

Programåtgärd:

6. Tillgången på prisvänliga matserveringar med mat som uppfyller kostrekommendationerna främjas på små arbetsplatser och bland dem som har ett rörligt arbete i enlighet med de åtgärdsförslag som ges av uppföljnings- och utvecklingsgruppen för massbespising.
7. Ett principbeslut av statsrådet om hälsofrämjande motion och kost bereds. Utgående från principbeslutet inleds åtgärder för att säkra tillräcklig motion och hälsosam kost för grupper i socioekonomiskt svag ställning samt för andra utsatta grupper.

2.3 Utveckling av social- och hälsotjänsterna

Den grundläggande rätten till tillräckliga social- och hälsotjänster är införd i grundlagen. Det allmänna ska se till att tjänsterna inriktas enligt det verkliga behovet och inte till exempel enligt klientens betalningsförmåga eller hemort. Detta mål uppnås inte helt i dag.

Servicesystemet ska garantera en jämlik behandling av sjukdomar och hindra eller åtminstone lindra sociala och ekonomiska följder av sjukdomar. Hälsofrämjande och förebyggande arbete har nyckelrollen när ojämlikheter i hälsa jämnas ut genom social- och hälsovård. Den stora utmaningen är att förankra det förebyggande arbetet till en del av social- och hälsovårdens grundläggande strukturer och verksamhet, inklusive datasystem och ledarskap.

Enligt Utvecklingsprojektet för det sociala området (2003–2007)³ fokuserar socialtjänsterna i många kommuner på reparativa åtgärder och akutvård. Äldreomsorgen betraktas som den svagaste länken i socialvården. Både hemvården och institutionsvården lider av brist på personal och svagheter i arbetspraxis. Därtill lider hela landet brist på kompetenta socialarbetare och i de minsta kommunerna saknas

³ Sosiaalipalvelut toimiviksi. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:3. Endast på finska.

kompetenta socialarbetare ofta helt och hållet. I fråga om hjälp vid rätt tidpunkt togs i projektet upp de brister som förekommer i socialtjänsterna och särskilt i fråga om socialbyråernas klientorientering. Till exempel servicehandledningen bör effektivieras. Det viktigaste hindret för rättidiga socialtjänster och för utveckling av dem ansågs vara outvecklad dataproduktion inom socialtjänsterna och bristande utvärderingsdata. Betydande brister finns i kartläggningen av servicebehovet, statistikföringen av tjänster, datainsamlingen samt utvärderingen av tjänsternas kvalitet och effekter.

Stora skillnader förekommer i dödligheten mellan socialgrupperna. Det är fråga om dödlighet som kan förebyggas genom hälso- och sjukvårdens insatser, och skillnaderna har vuxit under de senaste åren. Hälso- och sjukvården har under de senaste åren producerat ett stort antal forskningsresultat som visar att tillgången på olika typer av tjänster gynnar dem som är i högre social ställning. De nyaste forskningsresultaten tyder på att motsvarande skillnader också förekommer i täckningen av vården och dess kvalitet. Trots att uppföljningen av enskilda sjukdomar i hög grad har utvecklats finns det inga allmänna förfaringssätt inom hälso- och sjukvården för utvärdering av vårdens täckning och kvalitet. Målet bör vara ett system som garanterar alla som bor i Finland den nytta för hälsa och välbefinnande som skapas av de allt bättre metoderna som finns tillgängliga för förebyggande och behandling av sjukdomar.

2.3.1 Socialarbetet, primärvården och samarbetet mellan dem utvecklas

Socialarbetet har en central roll i att förebygga ojämlikheter i hälsa. Arbetets syfte är att stödja de egna insatserna av individer, familjer och kollektiv. Utgångspunkten är att förebygga sociala problem och att stärka de egna resurserna hos medborgare som är i behov av stöd. Socialarbetet ska kontinuerligt utvecklas för att det bättre än hittills ska kunna främja och bevara livskvaliteten och den sociala tryggheten hos medborgare och lokalsamhällen

Delegationen för socialt arbete har i sitt åtgärdsprogram Socialar-

bete som ett verktyg för välfärdspolitiken 2015⁴ dragit upp riktlinjer för hur det sociala arbetet bör utvecklas fram till år 2015. Riktlinjerna i åtgärdsprogrammet är följande: 1) **arbetsorienteringarna inom socialarbetet** utvecklas till en grund för kompetensen, 2) **socialarbetets strukturer** och organisering ändras så att de bättre motsvarar den befintliga kompetensen och klienternas behov, 3) en satsning görs på **klienternas delaktighet** och socialarbetets etik samt 4) **utbildningen och forskningen** inom socialarbetet inriktas på den grundläggande forskningen på området så att den snabbt reagerar på aktuella förändringar i samhället. Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE syftar till att stärka **de bestående strukturerna inom socialvårdens utvecklingsverksamhet** och deras kontakter med universitet och yrkeshögskolor.

Primärvården är grundstenen för främjande av hälsa och minskning av ojämlikheter i den. Ett av målen för den nya **hälso- och sjukvårdslagen** som är under beredning på social- och hälsovårdsministeriet är att **stärka primärvården**. Vid lagberedningen beaktas minskningen av hälsoskillnader både regionalt och mellan olika befolkningsgrupper. Även åtgärdsprogrammet Hälsovårdscentral 2015 som bereds i samband med KASTE-programmet avser att stärka primärvården. Åtgärdsprogrammet fäster vikt vid att **hälsofrämjande och minskning av ojämlikheter i hälsa i framtiden ska få en starkare roll på hälsovårdscentralerna**. Förebyggande tjänster som omfattar hela åldersklasser bör stärkas i ett nära samarbete med socialväsendet. Stakes grundar en **utvecklingsenhet för primärvården** som i samråd med hälsovårdscentraler, universitet och andra institutioner tar fram kunskap om goda vårdprocesser och -rutiner samt tillhandhåller olika utvecklingsverktyg. Serviceinnovationsprojektet producerar som en del av KASTE-programmet ett nätverk för God praxis till stöd för produktifiering, spridning och ibruktagnig av innovationer.

Politikprogrammet för hälsofrämjande genomför en **utveckling av företagshälsovården** där målgrupper för större jämlikhet i hälsa är

⁴ Sosiaalityö hyvinvointipolitiikan välineenä 2015 –toimenpideohjelma (Socialarbete som ett verktyg för välfärdspolitiken). Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2005:13. Endast på finska.

bland annat små arbetsplatser, byggnadsbranschen, hotell- och restaurangbranschen, korttidsanställda och företagare. I enlighet med programmet Hälsa i arbetet 2015 utvecklas även hälsorådgivningen för arbetslösa i samråd med företagshälsovården, primärvården, servicecentren för arbetskraften och socialväsendet.

Avgiftspolitikerna inom social- och hälsovården har fått sin nuvarande form under flera decennier genom ett antal separata beslut. Under de senaste åren har helheten betraktats närmast ur teknisk och ekonomisk synvinkel. Hela avgiftspolitikerna ska utvärderas inklusive samtliga social- och hälso- och vårdstjänster oberoende av finansierare eller huvudman. Utredningen bör ta fasta på hur de allmänna målen och särskilt jämlikhetsmålen inom social- och hälso- och vårdpolitiken uppnås. I fråga om avgiftstak är arbetet redan i gång som en del av SATA-kommitténs uppgifter.

Det finns en hel del forskningsdata om hur hälso- och sjukvårdens klientavgifter och självriskandelar fördelas mellan olika befolkningsgrupper, men däremot mindre kunskap om vilken enskild effekt detta har på anlitandet av tjänsterna. Det kan vara motiverat att genomföra ett begränsat forskningsprojekt för att utvärdera dessa effekter.

Programåtgärd:

8. Social- och hälso- och vårdstjänsterna utvecklas och inriktas enligt resultaten av hälsouppföljningar som gjorts per befolkningsgrupp eller enligt behov som identifierats på något annat sätt.

2.3.2 Dagvården och rådgivningsbyråerna ges bättre möjligheter att förebygga ojämlikheter i hälsa som en del av sin nätverksbildning

De socioekonomiska skillnaderna i välfärden framträder redan i barndomen. Föräldrarnas arbetslöshet, psykiska problem, missbruk, bristande utkomst, dåliga boendeförhållanden och problematiska bostadsmiljöer återspeglas i form av fysisk och psykisk ohälsa hos barn och unga samt hälsoskadliga levnadsvanor. Antalet barn och unga inom barnskyddet har ökat och de regionala skillnaderna är stora.

En minskning av hälsoskillnaderna i barndomen och ungdomen förutsätter att barnets intressen bättre än hittills beaktas i lagstiftningen, planeringen och beslutsfattandet. Till stöd för detta utvecklas som bäst ett system för prognostisering och utvärdering av barnkonsekvenser. Hälsoskillnaderna minskar också genom bättre välfärd och delaktighet för alla barn, unga och deras familjer. Därför behövs bättre fysiska och psykiska miljöer där barn och unga växer upp och utvecklas, stöd för barnens självkänsla samt adekvata universella tjänster som utvecklas på lång sikt. Å andra sidan är det nödvändigt att i tid inrikta resurser på de familjer, barn och unga som riskerar att marginaliseras. Stödtjänster bör ordnas efter de behov som barnet och familjen har i samband med normala tjänster och utan stämpling.

IKASTE-programmet **reformerar helheten av tjänster för barn, unga och familjer** så att tjänster som stöder utvecklingen eller förebygger och avhjälper problem och störningar sammanlänkas över de nuvarande sektoriella gränserna (t.ex. hälso-, social-, ungdoms-, bildnings- och polisväsendet). Därtill utvecklas **specialtjänster** till stöd för bastjänsterna med olika alternativa åtgärder (såsom barnpsykiatri, barnskydd, rådgivningsbyråer för uppfostrings- och familjefrågor). Också enligt utvecklingsprogrammet för barn- och ungdomspolitiken ska uppfostrings- och familjerådgivningen få mer resurser att fungera som stödplatser med låg tröskel för barnfamiljer, och **tillgången på kommunal hemservice** ska öka som ett stöd för barnfamiljer i svåra livssituationer.

Minskningen av ojämlikheter i hälsa förutsätter en utveckling av **samarbetsstrukturerna inom arbetet med barnfamiljer** enligt modellen för familjecentraler eller nätverket för familjetjänster. Med hjälp av en samarbetsstruktur kan resurser användas på ett resultatrikt sätt för bättre hälsa och välfärd utgående från familjernas behov. Detta möjliggör också en inriktning av verksamheten enligt de behov som finns hos familjer i lägre socioekonomisk ställning. Stakes fortsätter med att utveckla nätverk för familjetjänster med beaktande av utvärderingsresultaten av Familjeprojektet (2004–2007).

En förordning är under beredning på social- och hälsovårdsministeriet som bland annat definierar **innehållet av god rådgivningsverksam-**

het inklusive hälsokontroller och hälsorådgivning (se även kapitlen 2.1.2 och 2.1.3 om utveckling av elevvården och hälsovården för studerande. Därtill prioriteras en tidig identifiering av särskilt stödbehov och organisering av tillräckligt stöd. I Barn- och ungdomspolitiska utvecklingsprogrammet föreslås att anvisningar uppgörs för mödra- och barnrådgivningen för tidig identifiering av behov av särskilt stöd samt för organisering av stödet. Politikprogrammet för hälsofrämjande fäster vikt vid beredningsarbetet och vid att rådgivningsverksamheten bör ges tillräckligt med resurser.

Dagvårdstjänsterna som är avsedda för alla barn garanterar jämlikhet mellan barnen oavsett familjens ekonomiska situation. Social- och hälsovårdsministeriets delegation för småbarnsfostran som verkade under åren 2005–2007 hade till uppgift att stödja en långsiktig utveckling av småbarnsfostran med hänsyn till framtida behov. I sin slutrapport⁵ föreslår delegationen ändringar i lagstiftningen bland annat vad gäller **dagvårdspersonal, gruppstorlek, tjänster för barn i behov av särskilt stöd samt grunderna för planen för småbarnsfostran**. Familjer bör ha större tillgång till **tjänster inom småbarnsfostran som är öppna eller tillhandahålls på deltid** som alternativ till heltidsdagvård. Dagvården ska också kunna identifiera **särskilda behov** och ordna **stödtjänster**.

Delegationen för småbarnsfostrans sektion för utveckling av arbetet med invandrare föreslog bland annat att **barn med invandrarbakgrund** senast när de fyllt 3 år ska ha rätt att delta i småbarnsfostran minst på deltid. För barn i familjer som har en integrationsplan ska denna tjänst vara avgiftsfri.

Den nya **barnskyddslagen** (417/2007) som trädde i kraft i början av 2008 stöder förebyggande och minskning av ojämlikheter i hälsa bland barn och unga. I den nya lagen fick det **förebyggande barnskyddet** en starkare ställning. Barnskyddslagen förutsätter ett målmedvetet arbete på bred bas för förebyggande av problem hos barn och familjer både inom barnskyddet och inom andra sektorer av socialväsendet (bland annat dagvården och missbrukarvården) samt inom kom-

⁵ Varhaiskasvatus vuoteen 2020. varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan loppuraportti. social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2007:72. Endast på finska.

munens andra verksamhetsområden, till exempel inom mödra- och barnarådgivningen samt inom den övriga hälso- och sjukvården och i undervisningsväsendet. Enligt lagen ska det organ som ansvarar för socialvården i kommunen och de övriga kommunala myndigheterna i samarbete ge akt på och främja barns och unga personers välfärd samt avhjälpa och förebygga missförhållanden i dem. Kommunerna ska för varje fullmäktigeperiod upprätta en **plan för främjande av barns och ungas välfärd samt för organisering och utveckling av barnskyddet**. Planen ger goda möjligheter till uppföljning och långsiktig minskning av skillnader i hälsa och välfärd. KASTE-programmet innehåller åtgärder för verkställigheten av den nya barnskyddslagen genom utbildning och annan nationell styrning för kommunerna.

Delegationen för barns och ungas hälsa och välfärd som är underställd social- och hälsovårdsministeriet följer upp ändringar i hälsa och välfärd hos barn, unga och barnfamiljer samt deltar i att styra utvecklingsarbetet.

2.3.3 Utveckling av rättidig och behovsenlig rehabilitering för personer i arbetsför ålder

Rehabiliteringssystemet i Finland är mångsidigt och ur klientsynvinkel komplicerat. Medicinsk rehabilitering ges av ett flertal aktörer: primärvården, den specialiserade sjukvården, FPA och olycksfallsförsäkringsbolagen. Vad gäller de sistnämnda tillhandahålls tjänster även av privata rehabiliteringsanstalter och andra serviceleverantörer inom den privata sektorn. Aktörer inom den yrkesinriktade rehabiliteringen är den specialiserade sjukvården, FPA, arbetspensionsanstalterna, arbetsförvaltningen, olycksfallsförsäkringsanstalterna och tjänsterna tillhandahålls i huvudsak av den privata sektorn. På försäkringssidan ordnas rehabilitering dels av Försäkringsbranschens Rehabilitering r.f. Delegationen för rehabiliteringsärenden har utarbetat en arbetsfördelning för den yrkesinriktade rehabiliteringen med definierade uppgifter för de olika aktörerna.

Klienten kan ha parallella och dels alternativa tjänster men helheten är svår att bemästra eftersom varje aktör fattar sina egna beslut. Ur

systemsynvinkel kan man observera att varje aktör optimerar sin egen resursanvändning. Det komplicerade systemet försvagar också verksamhetens sporrande syfte: en satsning av det ena systemet kan leda till minskade eller senarelagda kostnader för det andra systemet.

Lagen om klientsamarbete inom rehabiliteringen från år 2003 föreskriver att varje kommun ska ha en rehabiliteringssamarbetsgrupp med representanter som utses av socialvårds-, hälso- och sjukvårds- och undervisningsmyndigheterna samt från Arbetskraftsbyrån och FPA. **Samarbetet och arbetsfördelningen** mellan aktörerna inom rehabiliteringssystemet bör vidareutvecklas.

Undersökningar av rehabiliteringsbehovet har visat att antalet rehabiliteringsbehövande är betydligt större än antalet av dem som fått rehabilitering. Med hänsyn till en jämlik fördelning av rehabiliteringen är det viktigt att de som har ett liknande behov också har rätt till rehabilitering på lika villkor. Socialgrupp, yrke, arbets- eller arbetslöshetshistoria eller arbetsplatsens storlek får inte påverka möjligheten till yrkesinriktad eller medicinsk rehabilitering.

Rehabiliteringsbehovet bör identifieras i ett så tidigt skede som möjligt. Rehabiliteringsinsatserna ska vara rättidiga och de ska i tillräcklig mån utgå från personens arbete. För att dessa mål ska kunna uppnås bör **företagshälsovårdens tjänster** utvecklas vidare och **modeller för tidigt ingripande** tas i bruk på arbetsplatserna. Personer i icke-typiska anställningsförhållanden kan remitteras till rehabilitering också av Arbetskraftsbyråerna.

FPA bör utveckla rehabilitering som **stöder de arbetslösas återgång till arbetslivet**. Arbetslösa arbetssökande som fått **avslag på pensionsansökan** är en grupp med särskilt stor marginaliseringsrisk och deras rehabilitering bör ordnas med gemensamt ansvar.

I samband med social- och hälsovårdens nationella utvecklingsprogram (KASTE) får svårsysselsatta personer hjälp med rehabilitering på följande sätt:

- innehållet i arbetsverksamhet i rehabiliteringssyfte vidareutvecklas och lagstiftningen förnyas
- modeller för arbetsinriktad rehabilitering utvecklas till stöd för

svårssysselsatta personer i samarbete mellan arbetsförvaltningen och kommuner, organisationer, sociala företag, arbetsgivare och andra serviceleverantörer

- information produceras om de aktiverande verksamhetsmodellernas sysselsättnings- och välfärdseffekter
- social-, hälso- och rehabiliteringstjänster som tillhandahålls vid servicecentren för arbetskraft vidareutvecklas och modellerna sprids även till de kommuner som inte är med i verksamheten med servicecenter för arbetskraft

Delegationen för rehabiliteringsärenden styr, utvecklar och koordinerar samarbetet mellan myndigheter, samfund och institutioner. Delegationen arbetar som bäst med en omfattande utredning av **rehabiliteringsbehov och kompetensen hos de aktörer som svarar för rehabiliteringen**. Utredningen behandlar bland annat basfunktionernas inom social- och hälsovården attityd till beställning av rehabilitering i förhållande till FPA:s eller andra försäkringsanstalters roll som beställare. Dessutom behövs tydliga linjer om försäkringsanstalternas roll i förhållande till den kommunala social- och hälsovårdens organiseringsansvar. Det behövs definitioner på hur rehabiliteringen fungerar ur klientens synvinkel, vilka är klienternas jämlika rättigheter till rehabilitering, hurudan kompetens anstalterna har och huruvida det behövs en ny behovsbaserad inriktning av verksamheten.

Programåtgärd:

9. En utredning genomförs under koordinering av delegationen för rehabiliteringsärenden om hur rehabiliteringen inriktas för närvarande. Vid utvecklingen av verksamheten beaktas rehabiliteringsklienternas socioekonomiska ställning.

2.3.4 Hälso- och sjukvårdstjänster som stärker arbetsförmågan tryggas för långtidsarbetslösa och andra personer i arbetsför ålder som inte har tillgång till företagshälsovård

Enligt Statsrådets principbeslut Hälsa i arbetet 2015⁶ ska hälso- och sjukvårdscentralerna svara för hälso- och sjukvården för långtidsarbetslösa.

Politikprogrammet för hälsofrämjande tar upp det pågående projektet för utveckling av hälso- och sjukvården för arbetslösa. Projektet koordineras av Stakes och genomförs i samarbete mellan social- och hälso- och sjukvårdsministeriet, Arbetsministeriet, Folkpensionsanstalten, Folkhälsoinstitutet, Arbetshälsoinstitutet och kommunerna. Projektet för utveckling av hälso- och sjukvården för arbetslösa innefattar 17 lokala projekt som pågår till maj 2009.

Programåtgärd:

10. Kommunerna etablerar hälso- och sjukvårdstjänster som bevarar de arbetslösas arbetsförmåga utgående från resultaten av pågående experiment

2.3.5 Utveckling och stärkning av mentalvårdsarbetet

Orsaksförhållandena mellan hälsa och socioekonomisk ställning är ofta mer komplicerade när det gäller psykiska störningar än i fråga somatiska sjukdomar: dels ökar olika problem och brister i levnadsförhållandena risken för psykiska störningar, dels försämrar tidiga psykiska störningar personens möjligheter att utbilda sig, skaffa anställning och bilda familj. I synnerhet har svåra psykiska problem konstaterats ha ett samband med svag social ställning, låg utbildning, arbetslöshet och ensamboende. Mentalvårdstjänster är svåra att få och en del av dem som behöver vård blir utan hjälp eller får bristfällig vård. För specialgrupper och socialt och ekonomiskt utsatta är det särskilt svårt att få vård.

Inom ramen för MASTO-programmet är en av synvinklarna för betraktelsen en **utveckling av rehabiliteringssystemet** eftersom rehabiliteringen inom mentalvården inte fungerar tillräckligt bra för närvarande.

⁶ SHM 2004:3

Rehabiliteringen inom mentalvården bör införlivas till god vårdpraxis och vårdkedjor i allmänhet och den bör ges tillräckliga **resurser**.

En riksomfattande plan för mentalvården och missbrukarvården utarbetas under åren 2007–2008 i arbetsgruppen Mieli 2009 som tillsatts av social- och hälsovårdsministeriet. Målet är att skapa verksamhetsmodeller för organisering av mentalvårds- och missbrukartjänsterna samt jouren i samband med dem till en regional helhet och vid behov ge förslag till bättre styrningsmedel. Planerna bereds i samråd med de pågående projekten som gäller mentalvård och missbrukarvård. Vid beredningen beaktas erfarenheterna av det s.k. Paraplyprojektet i Vanda stad, Österbotten-projektet samt utvecklingsprojektet inom den regionala mentalvården och missbrukarvården i Rovaniemi. I projekten inriktas utvecklingen av servicehelheterna på alla åldersgrupper och projekten framhåller bastjänsternas roll och multisektoriellt samarbete.

Även Politikprogrammet för hälsofrämjande fäster vikt vid verkställigheten av planen för mentalvård och missbrukarvård och i samband med programmet färdigställs **God praxis inom företagshälsovården**. En rekommendation utarbetas om behandling av depression, lagstiftningen om **partiell sjukpenning** revideras samt mentalvårdstjänsterna för barn och unga förbättras och deras rättidiga tillgång förbättras.

2.3.6 Jämlika tjänster för äldre tryggas

Funktionsförmågan och hälsan hos äldre varierar enligt socioekonomisk ställning, i synnerhet utbildning, tidigare yrke, inkomster och boendeform. De äldres sårbara ställning vid nedsatt funktionsförmåga försämras av svag ekonomi, ensamboende särskilt i glesbygden, bristfällig bostad och boendemiljö samt brist på stödpersoner. Funktionsförmågan kan förbättras genom att resurser inriktas på behandling av sjukdomar, förebyggande av olyckor samt genom satsningar på personlig aktivitet och miljö.

Social- och hälsovårdsministeriet avgav år 2008 en **Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre**.⁷ Den nya rekommendationen inne-

⁷ Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2008:3.

håller strategiska riktlinjer för högre kvalitet och effektivitet inom tre delområden: 1) bättre välfärd och hälsa och utveckling av servicestrukturen, 2) personaldimensionering, kompetens och ledning samt 3) boende- och vårdmiljöer. Ett av de viktigaste prioriterade områdena i kvalitetsrekommendationen är en minskning av ojämlikheter i välfärd och hälsa.

Både kvalitetsrekommendationen och Politikprogrammet för hälsofrämjande förutsätter ett nätverk av rådgivningscentraler för äldre som täcker hela landet. Dessa rådgivningscentraler bedriver lågtröskelverksamhet med information, rådgivning och handledning om olika tjänster, motionsmöjligheter och annan fritidssysselsättning samt om organisationer, boendialternativ, hjälpmedel och förebyggande av olyckor. Rådgivningscentralerna kan också bedöma och följa upp funktionsförmågan och hälsan samt vid behov remittera till olika tjänster.

Kvalitetsrekommendationen och politikprogrammet framhåller betydelsen av **förebyggande hembesök**. Syftet med dem är att bedöma och stödja förmågan att klara vardagen på egen hand och bo kvar hemma så länge som möjligt, ge information om olika tjänster och förutse behovet av individuella hjälpinsatser. De förebyggande hembesöken riktas i första hand till äldre som inte regelbundet är klienter för social- och hälsovården. Särskild vikt fästs vid riskgrupper, till exempel äldre som är i en socioekonomiskt svag ställning med risk för marginalisering samt äldre som har ett flertal sjukdomar och som lever ensam.

En snabb **rehabilitering och rehabiliterande vård** efter akutvård ger resultat och en satsning på dem är ett effektivt sätt att förebygga långvarig vård på institution. Inriktningen av rehabiliteringen förutsätter en noggrann utvärdering av rehabiliteringsbehoven och -grunderna för att de äldre som har nytta av rehabilitering får ändamålsenliga tjänster. Det behövs mer rehabiliteringsperioder före utskrivning till hemmet samt rehabilitering hemma hos klienterna.

2.3.7 Utveckling och förbättring av tjänsterna för invandrare

Enligt integrationslagen (lagen om främjande av invandrades integration samt mottagande av asylsökande) ankommer den allmänna

utvecklingen, planeringen, styrningen och uppföljningen av integrationsfrämjandet från och med den 1 januari 2008 på inrikesministeriet. Hittills har utvecklandet av social- och hälso- och sjukvårdstjänster för invandrare i huvudsak vilat på de mottagande kommunernas ansvar.

Servicebehoven hos personer med invandrarbakgrund bör beaktas i kommunernas olika förvaltningsområden enligt den s.k. mainstreaming-principen när tjänster planeras. Nyckelrollen innehas av språk- och annan utbildning, arbetskraftstjänster, socialtjänster, såsom dagvård, boende samt hälso- och sjukvård. Man bör också beakta att olika invandrargrupperns behov i hög grad avviker från varandra. Invandrare bör informeras om vilka tjänster det finska samhället har att erbjuda. Också den tvärsektoriella samordningen och uppföljningen av integrationen bör organiseras.

I Politikprogrammet för hälsofrämjande föreslås att en plan görs om invandrarnas speciella behov av hälsofrämjande. Planen upprättas i samband med att invandrarnas integration utvecklas. I detta sammanhang beaktas inrikesministeriets pågående beredning av ett ramprogram för integration och etniska relationer.

Programåtgärd:

11. Social- och hälsovårdsministeriet bereder tillsammans med andra ministerier ett handlingsprogram om utvecklandet av invandrarnas social- och hälso- och sjukvårdstjänster som en del av det normala systemet. Folkhälsoinstitutet, Stakes och Arbetshälsoinstitutet genomför en utredning som kartlägger invandrarnas hälsa och servicebehov.

2.4 Utvecklande av system för uppföljning av hälsoskillnaderna

Uppföljningen av hälsoskillnader bör utvecklas för att 1) ojämlikheter i hälsa mellan olika befolkningsgrupper och de viktigaste sätten att minska dem ska bli synliga på alla nivåer av beslutsfattande och verk-

samhet från statsförvaltningen till kommunerna och de kommunala serviceenheterna, 2) tjänster och annan verksamhet på den aktuella nivån av förvaltningen ska kunna inriktas enligt befolkningens behov, 3) informationen ska stödja utvärderingen av hälsoeffekterna på alla nivåer av hälsopolitiskt beslutsfattande och 4) goda förutsättningar ska kunna skapas för forskning i orsaker till och minskning av hälsoskillnader.

Uppföljningen av hälsoskillnader ska producera aktuell och jämförbar kunskap per befolkningsgrupp om:

- viktigaste dimensioner av hälsa och funktionsförmåga i den aktuella åldersgruppen,
- viktigaste faktorer i fråga om levnads- och arbetsförhållanden och levnadsvanor som påverkar hälsoskillnaderna
- servicebehov, täckning, innehåll och effekter av vård och förebyggande av sjukdomar samt hälsofrämjande
- utdelning av sociala förmåner i samband med sjukdom.

Informationen bör i en lättfattlig form tillställas alla som behöver den. Ett elektroniskt distributionssystem bör utvecklas för uppföljningen av hälsoskillnader som garanterar att de viktigaste uppgifterna med hänsyn till hälsoskillnader insamlas, rapporteras och distribueras.

Enhetlig praxis bör tas i bruk i hela landet om lagring av data som är väsentliga med tanke på uppföljningen av hälsoskillnaderna i de dokumentsystem som finns inom välfärdstjänsterna. De som producerar programvara bör utveckla lättillgängliga användargränssnitt som behövs för lagring av dessa data samt rapporteringspraxis som möjliggör rapportering av uppdaterad statistik på samtliga nivåer av verksamheten. När uppföljningen av hälsoskillnader för kommunernas egna behov utvecklas behövs regionala kunskapscentra vid sidan av nationell koordinering. Det vore viktigt att få igång pilotprojekt i kommuner/sjukvårdsdistrikt för att utveckla datainsamlingen och rapporteringen av den kunskap som servicesystemet skapar.

En arbetsgrupp har bildats på Folkhälsoinstitutet vars uppgift är att i samarbete med andra aktörer sammanställa ett förslag till social- och

hälsovårdsministeriet om de nyckeltal som används i uppföljningen av hälsa och hälsoskillnader, samt deras bakgrundsvariabler och kunskapskällor på riksnivå och på kommunal och regional nivå.

Programåtgärd:

12. Statistikcentralens utbildnings- och yrkesdata fogas till de viktigaste registermaterialen för hälsouppföljning med 1–4 års mellanrum samt i enkäts- och intervjumaterial i urvalsskedet. Uppgifterna om hälsoskillnader framställs i de elektroniska distributionssystemen av den allmänna statistiken om hälsouppföljning samt i basrapporterna om hälsouppföljning.
13. Behovet av separata utredningar fastställs samt en gemensam finansiering av dem. Folkhälsoinstitutet utvidgar urvalet av sina viktigaste befolkningsundersökningar för att möjliggöra en betraktelse enligt befolkningsgrupp.

2.5 Stärkning av dataunderlag och kommunikation

Utveckling av uppföljningen av hälsoskillnader har stor betydelse, men det är också nödvändigt att forska vidare i orsakerna till dem och de mekanismer som leder till ojämlikheter i hälsa samt hur de kan jämnas ut. Forskning som hänför sig till social- och hälsopolitiska strategier och implementering av dem kan på ett avgörande sätt medverka till att handlingsprogrammets mål uppnås.

En av de största utmaningarna för hälsoforskningen är att förmedla kunskap till grund för praktisk handling och att tillämpa gällande kunskap i samhälls- och hälsopolitiken. Vi måste också kunna skapa en ökad medvetenhet om hälsoskillnaderna, deras uppkomst och olika sätt att påverka dem. Både nationella och regionala aktiviteter, projekt och program samt kommunernas och olika organisationers verksamhet bör starkare än hittills kunna fokusera på förebyggande och minskning av socioekonomiska skillnader i hälsa. Detta förutsätter att de som arbetar inom social- och hälsovården för ökade kunskaper om förebyggande och minskning av socioekonomiska hälsoskillnader.

Programåtgärd:

14. Forskningsanstalterna under SHM:s sektorer fortsätter och stärker sin forskning i hälsoskillnader samt utvecklar olika sätt att utvärdera hälsoeffekter med hänsyn till hälsoskillnaderna. Hälsoskillnaderna ingår i forskningsprogrammet Utmaningar för folkhälsan som startas år 2009 under ledning av Finlands Akademi.
15. Forskningsanstalterna under SHM:s sektorer och Kommunförbundet utarbetar och genomför, i tillämpliga delar i samarbete med organisationer, en samarbetsplan för spridning av kunskap till strategiska och praktiska nivåer i kommuner, regioner och organisationer.

3 AKTÖRER, IMPLEMENTERING OCH UPPFÖLJNING

3.1 Viktigaste aktörerna vid minskning av hälsoskillnader

3.1.1 Statsförvaltningen

Hälsoskillnaderna och orsaksfaktorerna bakom dem bildar en komplicerad helhet och därför fördelas ansvaret för minskningen av dem mellan ett flertal olika förvaltningsområden. Huvudansvaret för arbetet och dess koordinering ligger hos social- och hälsovårdsministeriet.

En minskning av ojämlikheterna i hälsa förutsätter social- och hälsopolitiska beslut men också sådana arbets- och levnadsförhållanden som gynnar hälsa och dessutom aktiva planeringsinsatser inom ekonomi-, sysselsättnings-, utbildnings-, och bostadspolitik samt regionalpolitik och samhällsplanering. I Social- och hälsovårdsberättelsen 2006⁸ ingår en mer detaljerad betraktelse av samtliga förvaltningsgrenars insatser för främjande av befolkningens hälsa och sociala välfärd under åren 2002–2005. Betraktelsen visar att de olika sektorerna av statsförvaltningen hade ett flertal funktioner där hälsosynvinkeln åtminstone indirekt är representerad, trots att detta inte står utskrivet i de dokumenterade verksamhetslinjerna.

Kommunikationsministeriet svarar bland annat för trafiksäkerhet, främjande av gång och cykling, bullerbekämpning inom trafiken, främjande av hinderfria trafiklösningar samt garanterande av informationssamhällets tjänster för handikappade användargrupper.

Inom Jord- och skogsbruksministeriets förvaltningsområde fokuseras verksamheten ur hälsosynvinkel på livsmedelspolitik och förebyggande av smittsamma sjukdomar. Med hänsyn till socialt välbefinnande framhålls insatser som främjar landsbygdens mångfald och tryggar tillräckliga tjänster i glesbygden.

⁸ Social- och hälsovårdsberättelsen 2006. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2006:4.

Justitieministeriet svarar för medborgarsamhällets basfunktioner och genomförandet av demokrati och rättssäkerhet samt skapar förutsättningar för en effektiv bekämpning av brottslighet. Inom förvaltningsområdet arbetar man för att minska våld, främja fångarnas hälsa och integration i samhället samt förebygga återfallsbrottslighet.

Undervisningsministeriet svarar för utvecklingen av utbildnings-, vetenskaps-, idrotts-, kultur- och ungdomspolitiken. Till utbildningspolitiken hör bland annat välfärden av barn inom den grundläggande utbildningen, skolelevernas morgon- och eftermiddagsverksamhet, undervisning i hälsolära, säkrande av övergången från grundskolan till utbildning på andra stadiet samt studerandenas välfärd, förebyggande av avbruten utbildning samt utbildningen av personal och lärare för social- och hälsovården. Kultur-, idrotts- och ungdomspolitiken innefattar bland annat ungdomsverkstäder, bättre motionsmöjligheter i närheten av bostäder, främjande av motionsmöjligheterna för barn och unga, mediefostran samt bibliotekstjänster.

Försvarsministeriet svarar för de värnpliktigas kondition, hälsa och välbefinnande under deras tjänstgöringstid.

Inrikesministeriets viktiga områden med tanke på hälsa och välbefinnande är bland annat allmän ordning och säkerhet, kommunalförvaltningen och räddningsväsendet. Även invandrar- och integrationsfrågor hör till inrikesministeriet.

Arbets- och näringsministeriet utvecklar arbetslivets funktioner och kvalitet samt främjar sysselsättningen. Ministeriets arbete gäller alla medborgare i arbetsför ålder och i synnerhet arbetslösa som riskerar att hamna utanför den fria arbetsmarknaden, såsom långtidsarbetslösa, äldre och personer med nedsatt arbetsförmåga. Ett av de viktigaste målen för förvaltningsområdet är att minska ungdomsarbetslösheten. Näringspolitiken reglerar och påverkar medborgarnas dagliga liv. Ministeriet påverkar affärsstrukturen och tillgången på tjänster till exempel genom konkurrenslagstiftningen trots att också kommunerna och planläggningen har en viktig roll i tillgången på affärstjänster. Konsumentpolitikens mål är att öka den ekonomiska säkerheten, främja en högklassig livsmedelsmarknad och säkra konsumentskyddet.

Utrikesministeriet bedriver handelspolitik och genom internationella avtal hindras till exempel import av skadliga produkter.

Finansministeriets viktigaste funktioner i fråga om hälsa och välfärd hänför sig till skattepolitiken och tullövervakningen. Genom skattepolitiken regleras beskattningen av alkohol och tobak. Tullövervakningen syftar till att hindra narkotika och dopningsämnen samt livsmedel och produkter som inte uppfyller bestämmelserna att få inträde på den finska marknaden. Finansministeriet svarar också för beredningen av statsbudgeten.

Miljöministeriets förvaltningsområde innehåller ett flertal sektorer som antingen direkt eller indirekt påverkar befolkningens hälsa och välfärd. Dessa gäller luftkvalitet, renheten av vatten och jordmån, livsmiljön, bostads-, region- och samhällsplaneringen, byggande, buller, kemikalier och avfall.

3.1.2 Kommuner och samkommuner

Kommunerna har en avgörande roll i att tillämpa hälsopolitiken i praktiken. Tack vare sitt självstyre och sin breda kompetens har de goda möjligheter att främja befolkningens välfärd och hälsa. Utmaningarna i fråga om hälsofrämjande och minskning av hälsoskillnader är annorlunda i stora städer jämfört med små städer och glesbygder. I stora städer kan sociala missförhållanden kumuleras, medan landsbygden lider av utflyttning och en ogynnsam åldersstruktur som i sin tur leder till minskade tjänster och sämre möjligheter till samhörighet och stöd för hälsosamma levnadsvanor. Många uppgifter kan skötas gemensamt av flera kommuner och dessa samarbetsformer håller som bäst på att utarbetas inom ramen för kommun- och servicestrukturreformen (PARAS).

Den viktigaste uppgiften för Politikprogrammet för hälsofrämjande är att ge hälsosynvinkeln en starkare roll i samhällets beslutsfattande och servicesystem – både i den statliga, regionala och lokalförvaltningen. Politikprogrammet och starkare strukturer för hälsofrämjande som en del av PARAS-projektet bör genomföras på ett sätt som lägger särskild vikt vid minskning av hälsoskillnaderna.

Det primära målet för hälso- och välfärdspolitiken är god hälsa och funktionsförmåga hos befolkningen. Om en betydande del av befolkningen släpar långt efter den hälsolivå som är möjlig att uppnå leder detta till höga kostnader och inkomstbortfall för den kommunala ekonomin. Till exempel kan det ökade servicebehovet stävjas genom satsningar på funktionsförmågan hos äldre låginkomsttagare eller på identifiering av och tidigt ingripande i hotande marginalisering hos barn och unga som befinner sig i en utsatt ställning. En fokusering enbart på reparativa och akuta insatser ökar kommunernas utgifter. Hälsofrämjande åtgärder anses vara det mest effektiva sättet att på lång sikt bromsa ökningen av hälsoutgifterna.⁹

Följande strategiska riktlinjer bör beaktas för minskande av ojämlikheter i hälsa:

1. Främjandet av välfärd och hälsa prioriteras i kommunala strategier och kommunernas verksamhetsplanering. Åtgärder inriktas speciellt på minskning av ojämlikheter i välfärd och hälsa.
2. Strukturerna och ledarskapet inom främjande av välfärd och hälsa utvecklas i riktning mot ett multisektoriellt samarbete.
3. Tillgången på kunskap om skillnader i välfärd och hälsa samt data-systemen om välfärd och ledarskap utvecklas. Kommunledningen är också förpliktad att utnyttja och sprida denna kunskap.
4. En rättvis inriktning av tjänster, tillgänglig basservice samt välfungerande förebyggande tjänster tryggas.
5. Hälsosamma levnadsmiljöer och -förhållanden tryggas och svaga boende- och livsmiljöer förbättras.
6. Vid främjandet av hälsosamma levnadsvanor inriktas åtgärderna på de grupper som mest drar nytta av insatserna.

Ansaret för hälsofrämjandet ligger hos kommunernas högsta ledning. I alla kommuner (eller samkommuner) bör en kommunstrategi med **välfärds** mål utarbetas så att hälsoskillnader minskas som en del av häl-

⁹ Statsrådet 4/2007. Terveidenhuollon menoien hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisymerkitys.

sofrämjandet och att minskningen av hälsoskillnaderna också införs som ett mål i **verksamhets- och ekonomiplaner** samt åtgärdsplaner. Man bör se till att enheter som främjar hälsa samt **ansvariga personer** i dem placeras i de nya strukturerna (i den fortsatta beredningen av PARAS-projektet) på ett sådant sätt att de är behöriga att fatta multi-sektoriella, hälsofrämjande beslut (till exempel vid användningen av kvalitetsrekommendationen för hälsofrämjande).

För att de strategiska målen ska kunna uppnås behövs bättre **data-system** för kommunal och regional statistikföring. Datasystemen för främjande av välfärd och hälsa bör skapas så att de ger kunskap om befolkningens och olika gruppers välfärd och hälsa, om servicesystemets förmåga att svara mot behoven samt om verksamhetens samhällseffekter. Mer kunskap behövs också om verksamhetspraxis och kostnadsjämförelser. Utvärderingen av samhällseffekter och kostnader förutsätter ett täckande **uppföljningssystem** som också producerar väsentlig kunskap för det hälsopolitiska beslutsfattandet, till exempel om olika sätt att ingripa i utsatta gruppers situation. Ett system för jämförelsedata för främjande av hälsa med separata uppgifter från varje verksamhetsenhet kommer att erbjuda verktyg för detta. Anskaffning och tolkning av statistik och forskningsdata förutsätter yrkeskunskaper och särskilt kunnande för vilket ett fungerande system bör skapas (se kapitel 2.4 och 2.5).

Det kommunala hälsoväsendet kan påverka förutsättningarna för invånarnas hälsa genom att inleda **samarbete** med de övriga förvaltningsgrenarna och andra lokala aktörer, t.ex. organisationer, företag, arbetskraftsförvaltningen, församlingar och medier. Hälso- och socialvårdens sakkunskap bör utnyttjas bland annat vid planläggningen så att effekterna på människors levnadsförhållanden, miljö och hälsa utreds under processen. För närvarande bedömer man sällan i förväg vilka hälsoeffekter olika åtgärder och beslut har på olika befolkningsgrupper. Målet är att kommuner och samkommuner i sitt beslutsfattande tar i bruk ett **system för förhandsbedömning av beslutseffekter** för att öka medvetenheten om hur besluten inom olika förvaltningsgrenar påverkar människornas välfärd och hälsa. Kommunfullmäktige ska kräva att sådana utvärderingsmetoder används som beaktar

hälsoskillnaderna. Fullmäktige och kommunens revisionsnämnd ska uppfölja och utvärdera hur målen uppnås.

En välfungerande och effektiv primärvård, företagshälsovården medräknad, bildar grundstenen för hälsofrämjande. Hälsofrämjande och minskning av ojämlikheter i hälsa ska i fortsättningen ha en starkare roll även inom primärvården. Detta förutsätter tillräckliga resurser för hälsofrämjande och förebyggande av sjukdomar på hälsovårdscentralerna.

3.1.3 Frivilliga organisationer och kyrkans diakoniarbete

Frivilliga organisationer har en viktig roll i att främja hälsa och skapa nytta för samhället. Organisationer har som mål bland annat att hindra ökad ojämlikhet, bevara kontakten med medborgarens vardag samt att trygga en jämlik fördelning av tjänster för alla medborgare.

I organisationer har människor möjlighet till samhällsaktivitet och en meningsfull fritid. Organisationsverksamheten ökar möjligheterna att påverka samhället också för den som inte annars får sin röst hörd. Organisationer arbetar också för att de aktörer som svarar för välfärdstjänsterna producerar så högklassig service som möjligt.

Social- och hälsoorganisationer samlar människor tillsammans för att arbeta mot konsekvenserna av sjukdomar, handikapp eller sociala problem och om möjligt för att eliminera deras följder. Den viktigaste uppgiften för dessa organisationer är bland annat att driva utsatta och kroniskt sjuka människors intressen och orda stöd för dessa grupper.

Olika organisationer hjälper människor att klara sig i första hand med hjälp av kamratstöd och frivilligt arbete men också genom att erbjuda professionellt stöd. På samhällsnivå är de viktigaste uppgiftsområdena för social- och hälsoorganisationer att bevaka medlemmarnas intressen, möjliggöra kamratstöd och frivillig verksamhet, erbjuda sakkunskap för forskning och utveckling, producera välfärdstjänster samt bedriva internationella aktiviteter och samarbete. Klienternas deltagande är en viktig del av organisationernas arbete.

Centret för hälsofrämjande utredde år 2007 social- och hälsoorganisationernas strävanden för att minska socioekonomiska och könsbe-

tingade hälsoskillnader. Enligt utredningen arbetade organisationerna ofta antingen med de mest utsatta grupperna eller mera allmänt med befolkningen i allmänhet. Utsatta målgrupper var bland annat missbrukare, hemlösa, arbetslösa, personer med ekonomiska problem samt barn, unga och äldre med marginaliseringsrisk.

Enligt utredningen hade de organisationer som inriktade sin verksamhet på utsatta grupper koncentrerat sig på att öka målgruppernas materiella och kulturella resurser samt att förbättra deras möjligheter till hälso- och socialtjänster. Organisationer som arbetade med mer omfattande befolkningsgrupper hade däremot som mål att utveckla social- och hälso- och socialtjänsterna och främja sunda levnadsvanor. Aktiviteter som syftade till att påverka beteendet hos stora delar av befolkningen var inriktat på en genomsnittlig förbättring av hälsan, inte direkt på att minska skillnader i hälsa.

Genom sitt interaktiva sätt att arbeta och skapa samhörighet bildar organisationerna socialt kapital. Dessutom kan den offentliga och privata sektorn och organisationerna tillsammans producera tillräcklig sakkunskap för att lösa olika problem inom social- och hälsovården. Utvecklingen av samarbetet mellan organisationer och mellan kommuner och organisationer samt nya partnerskap har en viktig roll i arbetet för att minska ojämlikhet i hälsa.

Kyrkans diakoniarbete

Evangelisk-lutherska kyrkan i Finland är en organisation som täcker hela landet. En av kyrkans strategiska riktlinjer till år 2015 är att ta hand om de mest utsatta i samhället och föra deras talan. På sina mottagningar och i hemmen möter diakoniarbetet människor som befinner sig i en svår livssituation.

Kyrkostyrelsens enhet för diakoni och samhällsarbete har grundat en arbetsgrupp med uppgift att dryfta frågor om hälsa och sjukdom i diakoniarbetet. Arbetsgruppens uppgift är att göra förslag för kyrkans diakoniarbete om riktlinjer för främjande av hälsa. Arbetsgruppens rapport publiceras på våren 2009. Målet är att den kompletterande utbildningen för sjukskötare-diakonissor mer än tidigare fokuserar på främjande av hälsa. I samarbete med yrkeshögskolan DIAK och Stakes

startar kyrkan ett forskningsprojekt kallat Viimeisellä luukulla 2. Målet för projektet är att utreda de problematiska punkterna i hälsovårdssystemet ur diakoniarbetets synvinkel. Undersökningen publiceras i början av år 2009.

Kyrkans diakoniarbete stöder särskilt mentalvårdspatienter inom öppenvården, ensamboende, personer som bor i glesbygder samt äldre. Det finns ett behov av att utreda ansvarsfördelningen i arbetet och skapa förutsättningar för ett gott samarbete mellan aktörer inom hälso- och sjukvården och olika organisationer.

3.1.4 Arbetsmarknadsparter och näringslivet

Arbetsmarknadsparternas primära uppgift är att bevaka sina medlemmars intressen. Det gemensamma intresset både för arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna och deras medlemmar är att arbetsförmågan och hälsan främjas och hälsoskillnaderna minskas. En välmående och frisk arbetstagare är en viktig konkurrens- och produktionsfaktor för sin arbetsgivare. Att ta hand om de anställdas välfärd och hälsa kommer i framtiden att vara ett viktigt trumfkort i konkurrensen om kompetent arbetskraft, i synnerhet om den förutsedda bristen på arbetskraft blir verklighet. När arbetskraften åldras och de åldersklasser som gör inträde i arbetslivet blir allt mindre behövs allas aktiva arbetsinsats för att Finland ska kunna bevara sin konkurrenskraft på den globala arbetsmarknaden.

Hälsofrämjande och minskade skillnader i hälsa ökar välfärden och förbättrar arbetstagarnas livskvalitet inte bara i arbetet utan också i deras liv utanför arbetet.

Arbetsmarknadsparterna kan delta i att främja hälsan och minska hälsoskillnaderna till exempel genom gemensamma ställningstaganden och rekommendationer, genom att sprida intresse och metoder för hälsofrämjande och minskning av hälsoskillnader via sina egna medier samt genom att ge sitt aktiva stöd till arbetsplatserna i deras insatser för hälsofrämjande.

Företagshälsovården har en avgörande roll i utvecklandet av hälsosamma arbetsplatser och som ett stöd för arbetsplatserna. Arbets-

marknadsorganisationerna fungerar aktivt för att utveckla företagshälsovården i s.k. trepartssamarbete inom social- och hälsovårdsministeriets delegation för företagshälsovård. Delegationen har behandlat och godkänt utvecklingsprojekt som har syftat till bättre företagshälsovård för företagare, små arbetsplatser, byggnadsbranschen, transportbranschen, hotell- och restaurangbranschen samt snuttarbetare.

Arbetsplatsen är ett utmärkt forum för främjande av arbetsförmågan och hälsan och för att minska sociala eller könsbetingade hälsoskillnader på många olika sätt. Arbetsplatsernas möjligheter har hittills inte utnyttjats i större skala. Man bör utnyttja arbetsplatsernas möjligheter att stödja och stärka val och beteendemönster som gynnar hälsan. Åtgärder för minskning av ojämlikheter i hälsa ska inriktas särskilt på branscher och yrkesgrupper som har höga belastningsfaktorer och där ogynnsamma levnadsvanor är vanliga.

God hälsa hos befolkningen är en avgörande del av det mänskliga kapital som blir en allt viktigare förutsättning för nationalekonomin och konkurrenskraften. Medborgarna sätter stort värde på hälsa vilket också påverkar deras val av varor och tjänster. Hälsosamma och hälsopåverkande produkter och välfärdstjänster har en snabbt växande marknad. Hälsa är därmed på många sätt en viktig sak också för näringslivet.

Näringslivet bildar en viktig del av den vardagsmiljö som har betydelse för hälsan – i form av arbetsmiljö, produktionsanläggningars påverkan av den övriga miljön, produkter och tjänster och marknadsföringens effekter på informations- och kulturklimatet. För att detta program ska lyckas är det särskilt viktigt att näringslivet känner igen sitt ansvar och sina möjligheter att främja hälsa i samarbete med andra aktörer som har intresse för hälsa.

3.2 Implementering, uppföljning och utvärdering av programmet

Handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnaderna är den första heltäckande och multisektoriella beskrivningen av åtgärderna för minskning av hälsoskillnader i Finland. Minskningen av hälsoskill-

nader bör införlivas till en bestående del av den ständiga utvecklingen av välfärdspolitiken, hälso- och sjukvården och hälsofrämjandet.

Verkställandet av handlingsprogrammet styrs genom lagstiftning, forskningsanstalternas resultatavtal, Politikprogrammet för hälsofrämjande, Social- och hälsovårdens nationella utvecklingsprogram (KASTE) samt med hjälp av medel för hälsofrämjande som beviljats av social- och hälsovårdsministeriet.

Social- och hälsovårdsministeriets avdelning för främjande av välfärd och hälsa svarar för implementeringen, uppföljningen och utvärderingen av programmet. Delegationen för folkhälsan fungerar som styrningsgrupp under ledning av kanslichefen. Forskningsanstalterna inom SHM:s förvaltningsområde Folkhälsoinstitutet, Stakes och Arbetshälsoinstitutet deltar i verkställandet, uppföljningen och utvärderingen. Expertstödet från forskningsanstalterna kanaliseras via deras gemensamma samarbetsprojekt Minskning av hälsoskillnader TEROKA.

Uppföljningen av programmet är indelat i två delar. För det första uppföljs huruvida de åtgärder som framställs i programmet har genomförts enligt handlingsprogrammet. De processmarkörer som används för ändamålet överenskomms separat med vederbörande ansvariga aktörer. För det andra uppföljs uppnåendet av målen med hjälp av uppföljningsmarkörer som väljs enligt det förslag som gjorts till social- och hälsovårdsministeriet (se kapitel 2.4).

För verkställighet och uppföljning av handlingsprogrammet görs en preciserad verkställighetsplan varav framgår de markörer som används vid uppföljning och utvärdering.

En situationsrapport av verkställigheten görs före regeringsperiodens slut år 2010. Situationsrapporten publiceras i samband med uppföljningsrapport som görs av forskningsrapporten Ojämlig hälsa i Finland.¹⁰ Handlingsprogrammet kommer att uppdateras år 2011 utgående från situationsrapporten.

En separat kommunikationsplan uppgörs för handlingsprogrammet. Den huvudsakliga kommunikationskanalen är social- och häl-

¹⁰ Terveystien eriarvoisuus Suomessa. Social- och hälsovårdsministeriets publikationer 2007:23. Endast på finska.

sovårdsministeriets webbplats för programmet Hälsa 2015 på www.terveys2015.fi. Den allmänna uppföljningen av hälsoskillnader publiceras på TEROKAs (samarbetsprojektet för minskning av hälsoskillnader) webbplats www.teroka.fi.

3.3 Verkställighetsplan

Ämne	Åtgärd	Aktör med koordineringsansvar	Medverkande aktörer	Tidsschema
Främjande av hälsa och välfärd hos unga inom den yrkesinriktade utbildningen	1. I samarbete med olika aktörer ser kommunerna till att hälsovården för studerande vid yrkesinriktade läroanstalter på andra stadiet når den nivå som förutsätts av nationella anvisningar. Utbildningsarrangörerna utvecklar elevvården vid läroanstalterna samt undervisningen i hälsokunskap. Folkhälsoinstitutet och Stakes tar fram och sprider kunskap om god praxis inom hälsofrämjande till läroanstalternas förfogande.	SHM Utbildningsstyrelsen Folkhälsoinstitutet Stakes	Kommuner, utbildningsarrangörer Undervisningsministeriet, Delegationen för barns och ungas hälsa och välfärd	2008–2011
Hälsofrämjandet införlivas till en del av arbetsplatskulturen	2. Arbetshälsoinstitutet utvecklar i samarbete med ett flertal andra aktörer hälsofrämjande verksamhet på i de branscher och yrkesområden där faktorer som belastar hälsan kumuleras och där hälsoskadliga levnadsvanor allmänt förekommer.	Arbetshälsoinstitutet	Arbetsmarknadsorganisationer, arbetsgivare, SHM, arbetarskyddsförvaltningen, företagshälsovårdens enheter	2008–2011
Minskade alkoholskador	3. Alkoholaccisen höjs så att konsumtionen sjunker till samma nivå som år 2003 eller under den. Höjningsbehovet bedöms årligen.	FM	SHM	2009–2011
	4. Kommunerna införlivar den förebyggande missbrukarvården till en del av sina strukturer för främjande av hälsa och välfärd och sammanjämkar sina missbrukartjänster med de övriga social- och hälsojärnerna.	Stakes	SHM, kommunerna, Centret för hälsofrämjande organisationer församlingar representanter för näringslivet	2008–2011

Ämne	Åtgärd	Aktör med koordineringsansvar	Medverkande aktörer	Tidsschema
Minskad rökning	5. Tobaksaccisen höjs gradvis så att rökning avsevärt minskar. Följande höjningar genomförs i början av år 2009 och 2010. Samtidigt genomförs lagstiftningsåtgärder i syfte att begränsa resandehandeln och den gråa handeln Beslut fattas om ersättning av avsningsläkemedel från sjukförsäkringen.	FM SHM	SHM FPA	2008-2011 2009
Främjande av hälsosamma matvanor och motion	6. Tillgången på prisvärda matserveringar med mat som uppfyller kostrekommendationerna främjas på små arbetsplatser och bland dem som har ett rörligt arbete i enlighet med de åtgärdsförslag som ges av uppföljnings- och utvecklingsgruppen för massbespisning.	SHM	SHM, Jord- och skogsbrM SHM:s arbetsgrupp för massbespisning Statens näringsdelegation arbetsmarknadsparterna, producenter av bespisningstjänster	2008-2011
	7. Ett principbeslut av statsrådet om hälsofrämjande motion och kost bereds. Utgående från principbeslutet inleds åtgärder för att säkra tillräcklig motion och hälsosam kost för grupper i socioekonomiskt svag ställning samt för utsatta grupper.	SHM	Jord- och skogsbrM, UndervisningsM, KommunikationsM MiljöM Delegationen för hälsofrämjande motion Statens näringsdelegation, kommunerna, idrotts- och hälsoorganisationer	2008-2011
Socialarbetet, primärvården och samarbetet mellan dem utvecklas	8. Social- och hälsojärnarna utvecklas och inriktas enligt resultaten av en hälsouppföljning per befolkningsgrupp eller enligt behov som identifierats på något annat sätt.	SHM	Stakes, kommunerna,	2008-2011

Ämne	Åtgärd	Aktör med koordine-ringsansvar	Medverkande aktörer	Tidsschema
Utveckling av rättidig och behovenlig rehabilitering för personer i arbetsför ålder	9. En utredning genomförs under koordinering av delegationen för rehabiliteringsärenden om hur rehabiliteringen inriktas för närvarande. Vid utvecklingen av verksamheten beaktas rehabiliteringsklienternas socioekonomiska ställning.	SHM, Delegationen för rehabiliteringsärenden	FPA arbetspen-sionsanstal-terna, kommunerna statskontoret Stakes	2008-2011
Hälsotjänster tryggas för lång-tidsarbetslösa och andra per-soner i arbetsför ålder som inte har tillgång till företagshälso-vård	10. Kommunerna etablerar hälso-tjänster som bevarar de arbetslösas arbetsförmåga utgående från resulta-ten av pågående experiment.	Stakes	Kommunerna SHM Arbets- och näringsM Folkhälsoinsti-tutet Arbetshälsoin-stitutet FPA	2008-2011
Utveckling och förbättring av tjänsterna för invandrare	11. Social- och hälsovårdsministeriet bereder tillsammans med andra ministerier ett handlingsprogram om utvecklandet av invandrarnas social- och hälsotjänster som en del av det normala systemet. Folkhälsoinstitutet, Stakes och Arbetshälsoinstitutet genomför en utredning som kartlägger invandrar-nas hälsa och servicebehov.	SHM	Inrikesminis-teriet, Arbets- och näringsmi-nisteriet	2008-2011
		Folkhälso-institutet	Stakes, Arbetshälso-institutet	2008-2010
Ett uppföljnings-system utvecklas för observering av hälsoskill-nader	12. Statistikcentralens utbildnings- och yrkesdata fogas till de viktigaste registermaterialen för hälsoupp-följning med 1-4 års mellanrum samt i enkäts- och intervjumaterial i urvalsskedet. Uppgifterna om häl-soskillnader framställs i de elektro-niska distributionssystemen av den allmänna statistiken om hälsoupp-följning samt i basrapporterna om hälsouppföljning.	Folkhälso-institutet	Statistikcen-tralen Stakes Arbetshälso-institutet Pensions-skydds-centralen, FPA Kommun-förbundet	2008-2011
	13. Behovet av separata utredningar fastställs samt en gemensam finan-siering av dem. Folkhälsoinstitutet utvidgar urvalet av sina viktigaste befolkningsundersökningar för att möjliggöra en betraktelse enligt befolkningsgrupp.	Folkhälso-institutet	FPA, Stakes, SHM	2008-2009

Ämne	Åtgärd	Aktör med koordineringsansvar	Medverkande aktörer	Tidsschema
Stärkning av faktaunderlaget och kommunikationen	14. Forskningsanstalterna under SHM:s sektorer fortsätter och stärker sin forskning i hälsoskillnader samt utvecklar olika sätt att utvärdera hälsoeffekter med hänsyn till hälsoskillnaderna. Hälsoskillnaderna ingår i forskningsprogrammet Utmaningar för folkhälsan som startas år 2009 under ledning av Finlands Akademi.	Folkhälsoinstitutet, Stakes Arbetshälsoinstitutet Finlands Akademi	SHM, universiteten	2008–2011
	15. Forskningsanstalterna under SHM:s sektorer och Kommunförbundet utarbetar och genomför, i tillämpliga delar i samarbete med organisationer, en samarbetsplan för spridning av kunskap till strategiska och praktiska nivåer i kommuner, regioner och organisationer.	Stakes och Folkhälsoinstitutet	Arbetshälsoinstitutet Kommunförbundet SHM länen Centret för hälsofrämjande	2008–2011

Utöver ovan redovisade åtgärder bör särskilt följande projekt och åtgärder uppföljas med hänsyn till minskning av hälsoskillnader.

Ämne	Åtgärd	Arbetsgrupp/program/projekt	Aktör med koordineringsansvar
Minskad fattigdom	Grundtrygghet, arbetslöshetsskydd	SATA-kommittén	SHM
	Barnfamiljernas inkomstutveckling	Politikprogrammet för barns, ungas och familjers välfärd	UndervisningsM
Bättre möjligheter för grundskolan att förebygga och minska hälsoskillnader	Studiehandledning insatser för dem som behöver särskilt stöd, eftermiddagsverksamhet	Utvecklingsplan för utbildning och forskning Utvecklingsprogrammet för barn- och ungdomspolitik	UndervisningsM
Tryggade stödtjänster för unga vid övergångarna mellan avslutad utbildning och inträde i arbetslivet	Multiprofessionella arbetsgrupper, arbetsverkstäder studiehandledning De ungas inträde på arbetsmarknaden Stödverksamhet för förebyggande av marginalisering	Utvecklingsprogrammet för barn- och ungdomspolitik, Utvecklingsplan för utbildning och forskning Samhällsgaranti för unga Time out-projektet	UndervisningsM Arbets- och näringsM Stakes

Ämne	Åtgärd	Arbetsgrupp/program/projekt	Aktör med koordineringsansvar
Sysselsättning av långtidsarbetslösa samt personer med invalidpension och rehabiliteringsstöd	Utveckling av övergångsarbetsmarknaden, lönesubvention, rekryteringsstöd, inkomstgräns per månad för invalidpensioners	Utredningspersonens rapport	Arbets- och näringsM
Minskad bostadslöshet	Ökat utbud av bostäder för specialgrupper	Bostadspolitiskt åtgärdsprogram	MiljöM
Socialarbetet, primärvården och samarbetet mellan dem utvecklas	Utvecklingsenhet för primärvården, förebyggande hälsotjänster, samarbetet mellan hälsovården och socialväsendet	Nationella utvecklingsprogrammet för social- och hälsovården KASTE Åtgärdsprogrammet Hälsovårdscentral 2015	SHM SHM
Dagvården och rådgivningsbyråerna ges bättre möjligheter att förebygga ojämlikheter i hälsa som en del av sin nätverksbildning	Förebyggande barnskydd, nätverkstjänster, multiprofessionellt samarbete, inriktning av tjänster	Barnskyddslagen, Statsrådets förordning om förebyggande hälsotjänster för barn, unga och familjer samt om hälsovård för studerande, Delegationen för barns och ungas hälsa och välfärd, KASTE-programmet	SHM
Stärkning av mentalvårdsarbetet	Utveckling av rehabiliteringssystemet Verksamhetsmodeller för organisering av mentalvården och missbrukarvården	MASTO-programmet Arbetsgruppen Mieli 2009	SHM SHM
Jämlika tjänster för äldre tryggas	Nätverk av rådgivningscentraler, förebyggande hembesök	Kvalitetsrekommendation om tjänster för äldre	SHM

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS PUBLIKATIONER

ISSN 1236-2050 (print)

ISSN 1797-9854 (online)

- 2009: 1 Tarja Nieminen. Jämställdhetsbarometer 2008.
ISBN 978-952-00-2750-6 (inh.)
ISBN 978-952-00-2751-3 (PDF)
- 2 Tarja Nieminen. Gender Equality Barometer 2008
ISBN 978-952-00-2752-0 (pb)
ISBN 978-952-00-2753-7 (PDF)
- 3 Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013.
ISBN 978-952-00-2759-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2760-5 (PDF)
- 4 Vi främjar patientsäkerheten tillsammans. Den finländska patientsäkerhetsstrategin 2009-2013.
ISBN 978-952-00-2787-2 (inh.)
ISBN 978-952-00-2788-9 (PDF)
- 5 Promoting patient safety together. Finnish Patient Safety Strategy 2009-2013.
ISBN 978-952-00-2789-6 (pb)
ISBN 978-952-00-2790-2 (PDF)
- 6 Sosiaalialan työolojen hyvä kehittäminen. Laura Yliruka, Juha Koivisto, Synnöve Karvinen-Niinikoski (toim.).
ISBN 978-952-00-2798-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2799-5 (PDF)
- 7 Nationella handlingsprogrammet för minskning av hälsoskillnader 2008-2011.
ISBN 978-952-00-2800-8 (inh.)
ISBN 978-952-00-2801-5 (PDF)
- 8 Quality recommendation for health promotion.
ISBN 978-952-00-2802-2 (pb)
ISBN 978-952-00-2803-9 (PDF)